

APROBADO CON DISTINCIÓN

T-1259

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

La Paz 15 de Abril 2004

*Raúl*  
Lic. Juan E. García D.  
Presidente Tribunal



*Phovad*  
Lic. María del Pilar Chovael.  
tribunal

TESIS:

**“LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD MENTAL LEVE”**

*Raúl D. García G.*  
Tribunal Lectur.

POSTULANTE:

**Herminia Vazualdo García**

*Ketty Loredo*  
Lic. KETTY ARCE L.  
Tutora

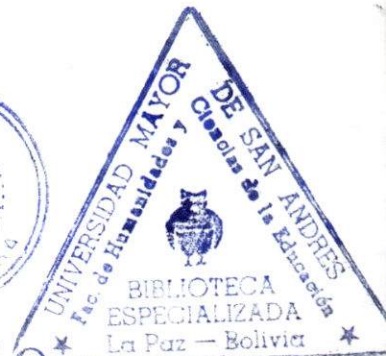
TUTORA:

**Lic. KETTY ARCE LOREDO**

01359

EDUCACIÓN SEXUAL PARA  
RETRASADOS MENTALES

La Paz - Bolivia  
2004



01359

## **DEDICATORIA**

*Doy gracias a Dios mediante Jesucristo.*

## **RECONOCIMIENTOS**

*Muchas personas han colaborado en la realización de este trabajo.*

*Quisiera agradecer a mis queridos hijos Juan de Dios, Diego y Daniel. A mi querida tutora Ketty. Y a mis estimados catedráticos por su amistad y sus conocimientos impartidos en mi tiempo de universitaria.*

*Dios les bendiga hoy siempre.*

*Con mucho cariño:*

*Herminia Vazualdo Garcia.*

## **RESUMEN**

El trabajo de investigación ha indagado acerca de la influencia en el desarrollo de la calidad de vida sexual de los adolescentes con discapacidad mental leve, de la oportuna información y formación en temáticas de educación sexual.

Se ha encontrado que muchos de los conflictos afectivos y emocionales que afectan a esta población, tienen origen en las necesidades sexuales insatisfechas, como ser: relaciones de pareja con o sin componente amoroso, relaciones de amistad, búsqueda de compañía afectiva, y otras que por la presencia de prejuicios, creencias y mitos perturban el mejor desarrollo de dichas relaciones.

El marco teórico, por otra parte, permite mostrar que el adolescente con discapacidad mental leve puede desarrollar su sexualidad normalmente, ya sea en los niveles de flirteo amoroso, noviazgo o matrimonio, incorporándose a la vida normal como las demás personas de su entorno y superar las actuales condiciones de soledad, incomodidad, frustración y dolor.

La capacidad reproductiva, por otra parte, al no encontrarse afectada excepto en casos particulares, permite la formación de familias con buena calidad de vida.

La oportuna educación y el asesoramiento especializado, son vías para revertir las situaciones de conflicto y dolor que se han observado.

Como culminación del trabajo, se presenta un proyecto para el desarrollo de actividades educativas en el área de la sexualidad, orientado a poblaciones de personas con discapacidad mental leve.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>RECONOCIMIENTOS</b>	i
<b>DEDICATORIA</b>	i
<b>RESUMEN</b>	ii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes	2
1.2. Planteamiento del problema	5
1.2.1. Elementos del problema que se conocen	6
1.2.2. Elementos del problema que se desean conocer	7
1.3. Justificación	7
1.3.1 Formulación del problema	9
1.4. Formulación de la Hipótesis	9
1.5. Objetivos	10
1.5.1 Objetivo General	10
1.5.2 Objetivos Específicos	10
1.5.3 Relevancia de la Investigación	10
1.6 Limitaciones del Estudio	12
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1. Sexualidad humana	13
2.1.1 Diferencia entre sexualidad y sexo	15
2.1.2 Dimensiones de la sexualidad	16
2.1.2.1 La dimensión biológica de la sexualidad	17
2.1.2.2 La dimensión psicológica	17
2.1.2.3 La dimensión psicosocial	18
2.2. La adolescencia	19
2.2.1. Concepto de adolescencia desde el punto de vista biológico	19
2.2.2. Concepto de adolescencia desde el punto de vista psicosocial	23
2.2.3. La psicología del adolescente según los cambios físicos	25
2.2.4. La sexualidad en la adolescencia	27
2.3. La discapacidad mental y sexualidad	31
2.3.1. Definición de discapacidad mental	31
2.3.2. La sexualidad del adolescente con discapacidad mental	33
2.3.2.1 Características del adolescente con discapacidad mental	33



2.3.2.2	El desarrollo mental	35
2.3.2.3	El tema de la sexualidad	37
2.3.2.4	Embarazo y paternidad en adolescentes con discapacidad mental leve	38
2.3.3.	Discapacidad mental y educación sexual	39
2.3.3.1	La salud sexual reproductiva en la educación sexual a adolescentes con leve discapacidad mental	41
2.3.3.2	Antecedentes de la educación sexual en América Latina	44
2.4.	Los centros de atención a adolescentes con discapacidad mental	47
2.4.1.	Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI)	47
2.4.2.	Asociación Boliviana de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Mental (ABOPANE)	48

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN** **50**

3.1.	Método de la Investigación	50
3.2.	Diseño de la Investigación	50
3.3.	Operalización de variables	50
3.4.	Población de la Investigación	51
3.5.	Muestra	51
3.6.	Instrumentos	52
3.6.1	Observación Naturalista	53
3.6.2	La Encuesta	54
3.6.3	La Entrevista Participativa	54

### **CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS** **55**

4.1.	Análisis de los resultados de la encuesta	55
4.1.1	Conocimiento respecto al significado de género	55
4.1.2	Conocimiento respecto al significado de sexo	56
4.1.3	Conocimiento del significado de la sexualidad	57
4.1.4	Concepto de coito	58
4.1.5	Concepto de pubertad	59
4.1.6	Embarazo en la primera relación coital	59
4.1.7	La autoestimulación (masturbación)	60
4.1.8	Concepto de la virginidad	61
4.1.9	Conocimiento del aparato sexual masculino	62
4.1.10	Conocimiento respecto a la anatomía del aparato sexual femenino	62
4.1.11	Conocimiento del por qué una mujer menstrúa	63

4.1.12	Conocimiento de qué es la eyaculación en el hombre	64
4.1.13	Conocimiento, respecto a cuándo un varón y una mujer están listos para ser padres	64
4.2	La Comunicación Afectiva y Social de los Adolescentes con leve discapacidad mental	66

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES** 72

5.1	Conclusiones	72
5.2	Recomendaciones	76
5.2.1	Ampliar y profundizar estudios	76
5.2.2	Educadores y familiares	76
5.2.3	Instituciones y Gobierno	77
5.2.4	Otros responsables	77

## **ANEXOS**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS**

#### **PROPUESTA: LINEAMIENTOS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE**

1. Introducción
2. Estrategias y procedimiento
  - 2.1. Técnicas de enseñanza
  - 2.2. Desarrollo del programa de educación para la sexualidad con adolescentes con leve discapacidad mental
3. Estrategia en relación a los padres

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La presente Tesis: "La educación sexual en adolescentes con diagnóstico de discapacidad mental leve" (DM), tuvo como objetivo general el "determinar el grado de información y conocimiento sobre sexo y sexualidad de los adolescentes con discapacidad mental leve en ABOPANE e IDAI", como información previa para la propuesta, consecuente con las conclusiones de la investigación, de alternativas educativas sobre el tema mencionado.

Para respaldar el trabajo, se ha desarrollado un marco teórico, el cual permitió orientar, a partir de los conceptos y categorías teóricas relacionadas con las variables de estudio, la tarea de indagación emprendida.

De la misma manera se planteó y aplicó en su oportunidad, el método elegido para elaborar la investigación, cuyas características han facilitado la culminación de la tarea.

Posteriormente, una vez aplicados los instrumentos para obtención de información, se presenta el capítulo en el cual se sistematizan los resultados obtenidos con la investigación. Estos resultados son descritos y analizados para posteriormente, resumirlos en un acápite de conclusiones.

Para finalizar se ha elaborado, y se acompaña como apéndice de la presente tesis, los lineamientos que permiten implementar un programa efectivo de educación para el desarrollo de la sexualidad de los adolescentes con leve discapacidad mental, que han motivado este estudio.

La investigación, se ha realizado con un grupo de adolescentes con discapacidad mental (leve o educables) cuyas edades cronológicas oscilan entre 13 a 20 años y cuya edad mental, de acuerdo con parámetros en uso,

está comprendida entre los 8 a 13 años, sin que este aspecto se considere limitante o restrictivo y más bien sólo ilustrativo.

Ha sido posible constatar en el proceso de la investigación, en efecto, que el adolescente con DM, en situaciones de entrevista y encuesta, responde más fácilmente a los dibujos que a preguntas específicas que se le formulan, se observa las reacciones y el interés que demuestran, y se deja que el adolescente haga preguntas y, mediado por un diálogo educativo se instruya, en lugar de limitarse a imponerle ideas acabadas, creencias, y posibles prejuicios, en lo relacionado con las materias sexuales.

### **1.1. ANTECEDENTES**

Entre los múltiples enfoques dados al tema de la sexualidad, algunos autores enfatizan su naturaleza primitiva, manifiesta tanto en el gesto afectivo como en las más sublimes elaboraciones amorosas, ha sido considerado como un alivio de ciertas angustias, adición, evasión, neutralizador o fuente de ansiedad, rutina de exaltación, alegría, así como evocador de los primeros entusiasmos y desencantos de la adolescencia (Farré. 1998).

Abarcar todos enfoques no es tarea fácil, de ahí que los estudios de la sexualidad en general proceden tanto del mundo de la medicina, de la psicología, de la sociología o de la antropología y se resumen en la Sexología, que toma de aquellas disciplinas los conceptos más útiles.

Esta disciplina incluye dimensiones biológicas, étnicas y sociales y se consolidó por las investigaciones de Masters y Johnson, de Kinsey, o los más modernos de Kaplan.

La sexualidad como práctica de la pareja humana, durante mucho tiempo, permaneció en la privacidad más estricta y fue sometida a una fuerte

presión social, en muchas ocasiones con connotaciones religiosas que incluso mediatizó la propia información que provenía de los estamentos de la medicina.

Fueron muchos los mitos y tabúes culturales que atemorizaron a los adolescentes durante mucho tiempo con respecto a la masturbación y otros aspectos de la actividad sexual.

Hoy en día la gente quiere saber, tienen una fuerte necesidad de información; de ahí que se hace imprescindible explicar lo que es la sexualidad en forma sencilla, desvelar misterios y mitos que no son tales e informar los diversos aspectos que la conforman.

La sexualidad no es en modo alguno un instinto reprimido biológicamente, que surja sólo al iniciarse los años de la adolescencia. Desde el nacimiento y durante toda la infancia, lo sexual ha estado presente en la vida de los niños, con mayor o menor evidencia e intensidad pero, siempre, íntima e indisolublemente ligado a su evolución cognoscitiva, social, emocional y afectiva.

Sólo en ese sentido amplio y extenso es posible hoy en día entender la plenitud de formas y manifestaciones, conscientes o no, que componen la sexualidad humana. No obstante, las formas más intensas y plenas de la sexualidad son, ciertamente las que pueden observarse a partir de la instauración de los cambios al entrar a la adolescencia.

Se admite hoy que la adolescencia es el lapso comprendido entre al final de la niñez y el comienzo de la edad adulta. En la sociedad occidental comienza alrededor de los 12 o 13 años y es posible que se extienda más allá de los 23 años de acuerdo con el contexto socio cultural.

Su comienzo se ve enunciado por la aparición de la pubescencia que dura cerca de dos años y termina en la pubertad propiamente dicha, punto en el cual un individuo alcanza la madurez sexual y es capaz de reproducirse (Papalia. 1990).

Raramente se habla de la sexualidad de las personas con discapacidad mental. Esto quizás, debido a los prejuicios sobre la capacidad de comprensión y las respuestas ya listas que se dispone con frecuencia no reflejan la realidad observada diariamente.

Una observación diferente conciente, comprende mejor, las necesidades afectivas de las personas con discapacidad mental, para ayudarles a vivir lo más real posible de lo que es común a los hombres, a saber: ser amados y amar.

En este sentido, educar adolescentes con discapacidad mental, en temas de sexualidad es una necesidad que en nuestra sociedad se hace cada vez más imperiosa, no sólo por los problemas que afectan a la salud de la población, como son el embarazo no deseado en la adolescencia, el aborto, la violencia sexual, la prostitución forzada, la homosexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/ SIDA, sino como demanda social.

Asimismo, se debe recordar que el adolescente con discapacidad mental leve, tiene los mismos derechos que cualquier ser humano, y por tanto, tiene el derecho a vivir su sexualidad de la manera más normal posible.

El poseer conocimiento sobre su propia sexualidad puede no solo evitar muchos problemas sino ayudarlos a enfrentar con más eficacia determinadas dificultades que puedan aparecer en sus vidas así como mejorar en mucho su calidad de vida.

El conocer su sexualidad, pueda hacerlos más receptivos y conscientes en sus relaciones. Es por esto que abordar la problemática de la sexualidad del adolescente con discapacidad mental, a partir de la educación sexual, es importante y su punto de partida es el conocimiento.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Hasta el momento, en el país no existen programas nacionales de educación sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales.

La educación sexual de estas personas está librada a la influencia del conocimiento informal, situación que deteriora más la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo humano de estos jóvenes.

A modo de fundamentación se puede comentar que la autora de la tesis ha tenido oportunidad de prestar servicios en ABOPANE e IDAI, instituciones que reciben y atienden a la población motivo de la investigación.

Esta presencia le permitió observar directamente y en la actividad cotidiana, la situación de los adolescentes don DM en lo que hace a su desarrollo sexual y las maneras cómo enfrentan esta peculiar etapa de sus vidas.

Asimismo se pudo llegar al convencimiento de que, además de la plena normalidad en la emergencia de los cambios sexuales, las necesidades educativas son semejantes a los de adolescentes de la población general, así como que su capacidad de comprensión y sus demandas reflejan inquietudes a las que debe responderse con franqueza y responsabilidad, como una alternativa para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, en lo que se refiere a su vida sexual.



Sin embargo, la falta de conocimiento oportuno de temas acerca de la sexualidad por los adolescentes con DM, se atribuye más que a dificultades inherentes a su especial naturaleza a la falta de información que deberían proporcionarles las personas "normales" que los rodean, sus propios familiares e inclusive sus propios terapeutas, que no siempre saben abordar este tema con la claridad suficiente.

Ha sido posible observar, asimismo, que existen prejuicios en la sociedad adulta que limitan un proceso educativo adecuado de esta población, entre los que se pueden indicar a los siguientes:

- Las personas con discapacidad mental, son como niños, también sexualmente.
- Estas personas con discapacidad mental, no son atractivas sexualmente para otras personas.
- No debe despertarse su interés sexual, ya que son "inocentes".
- El coito es la conducta sexual más importante.
- La actividad sexual es para tener hijos.
- Sólo los casados tienen derecho a la actividad sexual.
- Las personas con discapacidad mental, en ningún caso conviene que formen parejas y menos aún que tengan hijos.
- Las mujeres con discapacidad mental, no tienen intereses sexuales.

### **1.2.1 ELEMENTOS DEL PROBLEMA QUE SE CONOCEN**

En base a todo lo anterior se han identificado los principales elementos de la problemática sexual del adolescente con discapacidad mental:

- a) El prejuicio, discriminación y rechazo social, en cuanto a la manifestación de su sexualidad.



- b) Desconocimiento de la sexualidad por parte de los adolescentes con discapacidad mental, por falta de información adecuada y oportuna, por similar causa.
- c) Confusión y desorientación respecto al manejo de su sexualidad.
- d) La inexistencia de programas de educación sexual

### **1.2.2. ELEMENTOS DEL PROBLEMA QUE SE DESEAN CONOCER**

- a) En principio cual es el grado de conocimiento acerca de la sexualidad humana que tienen los adolescentes con discapacidad mental leve.
- b) Así como las necesidades de información de estos adolescentes.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Las características socioculturales de nuestro país, como reflejo de lo que ha acontecido en años pasados en naciones más desarrolladas, limitan la educación sexual, tanto para las personas discapacitadas como para el resto de la población. Los prejuicios se basan principalmente en preconceptos tales como: inmadurez, ingenuidad, creencias y prejuicios religiosos y otras.

El presente trabajo se propone ampliar el campo de discusión, y hacer que se extienda a más sectores de la población.

Los adolescentes con discapacidad mental (DM), presentan generalmente en muchos aspectos los mismos sentimientos, deseos e interés en materia sexual, frecuentemente poseen una capacidad muy diferente en lo que supone aprender y entender los diferentes conceptos de la sexualidad y de la conducta sexual.

Sin embargo, ello no significa que estas personas tienen menos derechos que las demás, pues desde el punto de vista de los derechos humanos, las mismas deberían asumir su sexualidad como cualquier persona

considerada "normal", para ello, se les debería proporcionar herramientas y procesos orientados a insertarlos en el mundo con todos los conocimientos necesarios respecto a temas tan complejos como el de la sexualidad humana.

Es importante relacionar el conocimiento de la sexualidad mediante la educación sexual. Se considera que el enfoque que combine representaciones visuales y verbales útiles de los conceptos, funciones y estructuras sexuales, facilitará en gran manera el proceso de comunicación. Se debe hablar abiertamente sobre el tema.

Este proceso se refleja en el conjunto de preguntas que se ha elaborado y que cubren un conjunto de cuestiones relacionadas con una definición amplia de la sexualidad. Dichas cuestiones son las siguientes: Identificación sexual, partes del cuerpo, funciones emocionales, funciones corporales, embarazo, parto etc.

Desde el punto de vista educativo se presume que una mayor comunicación entre las personas consideradas "normales" o convencionales y los adolescentes con leve discapacidad mental, permitirá a éstos una mayor motivación en su desarrollo mental y psicológico, pues, durante mucho tiempo a estas personas se las relega o prácticamente se las encierra, causándoles un aletargamiento de sus capacidades humanas.

Hasta tiempos recientes, las personas con retraso mental eran aisladas y ocultadas socialmente y por supuesto, no se consideraba que tuvieran derechos afectivos y sexuales. Incluso hoy son muchas las personas que tienen actitudes y creencias contrarias a que se les reconozcan derechos afectivos y sexuales. No es infrecuente que los padres tengan como ideal para sus hijos con discapacidad mental, el que no se interesen por la sexualidad. De hecho, uno de los temores más reiterados es el miedo a que sea despertado su interés sexual.



Dada la falta de información sexual y la dificultad mayor de estos adolescentes para manejar con éxito estas informaciones, puede afirmarse que llegan a tener relaciones coitales con mayores posibilidades de riesgo de embarazos no deseados, y otros riesgos vinculados a la vida sexual, al no contar con información y formación oportunas que hagan posible su práctica segura y gratificante, tal como su propia naturaleza lo demanda.

Se debe repetir que los adolescentes con discapacidad mental, suelen tener menor información, menor conciencia de riesgo y menor capacidad para tener prácticas seguras tanto por la falta de información y ayudas, como por su propia limitación.

### 1.3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con los antecedentes anteriores, es posible plantear la siguiente interrogante, que ha orientado el desarrollo de la investigación:

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre aspectos de sexo y sexualidad de los adolescentes con discapacidad mental leve externos e internos en ABOPANE e IDAI en la ciudad de La Paz?.

### 1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En base a los antecedentes expuestos y a la pregunta principal de la investigación, se propone la siguiente hipótesis de trabajo:

**El deficiente conocimiento de temática sexual, determina dificultades para el mejor manejo de su sexualidad, por los adolescentes con discapacidad mental leve.**

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado de información y conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes con discapacidad mental leve en ABOPANE e IDAI.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Indagar los conocimientos que tienen los adolescentes con leve discapacidad mental en cuanto a la sexualidad, sexo, género y anatomía de los órganos sexuales.
- b) Observar el comportamiento de los adolescentes respecto a su sexualidad y las necesidades que emergen.
- c) Proponer un programa de educación sexual basados en la información, conocimientos y en los resultados de la investigación.

### **1.5.3. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Por lo expresado más arriba, la presente Tesis se constituirá en un importante aporte en el marco de la educación sexual, por un lado y como argumento necesario para un mejor desarrollo de la temática en al área académica, dado que como en toda sociedad la presencia de personas con alguna discapacidad, particularmente en lo que se refiere a la discapacidad mental, es inevitable y requiere de respuestas y soluciones desde diferentes ámbitos del quehacer cultural y académico.

Por otro lado, la Tesis constituye un aporte al campo psicopedagógico, puesto que el desarrollo de un programa de educación sexual destinado a

adolescentes con discapacidad mental leve, permitirá generar criterios técnicos, de orientación, pedagógicos y psicológicos para mejorar los programas de educación en este tipo de adolescentes, específicamente en temas de sexualidad humana.

Asimismo, la presente investigación pretende aportar al conocimiento en diversos campos, desde el punto de vista psicológico, pasando por el social hasta el de los derechos humanos, pues, se ha establecido que las personas discapacitadas tienen los mismos derechos que las personas consideradas "convencionales".

Por consiguiente, se puede adelantar que la población de adolescentes con DM leve, tanto internos en Abopane e IDAI, como otros externos vinculados a las instituciones, se constituyen en principales beneficiarios tanto de los resultados y conclusiones del trabajo, como de la propuesta de acciones educativas que se plantea como consecuencia.

Asimismo las familias de estos adolescentes, que en forma permanente confrontan el problema de cómo apoyar su educación y realización personal, que, en el presente caso, podrán disponer, dentro de la modesta expectativa de la postulante, de un material orientador e informativo resultado de experiencias y reflexiones de primera mano.

El personal y los educadores de las instituciones que acogen a esta población, de la misma manera podrán disponer de un material que no sólo oriente su actividad en el tema sino que se constituya en sugerencia para profundizar y ampliar investigaciones al respecto.

## **1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La investigación ha estado limitada en tiempo y espacio a las condiciones reales que se presentaron en la gestión 2003, asimismo a los sujetos presentes en dicho momento y, finalmente, sólo a los vinculados a ABOPANE e IDAI.

También se ha limitado la investigación, a los aspectos relacionados con el desarrollo e información sobre sexualidad, siendo, por consiguiente, ajenos al trabajo otros aspectos.



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

La elaboración del marco teórico, se desarrolla comenzando por un análisis de la situación en sus aspectos más generales, para luego revisar material teórico relacionado con el contexto nacional y, finalmente, observar la situación en la institución en la que se ha desarrollado la investigación.

#### 2.1. SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad es quizá uno de los temas de discusión que más conflictos genera al conjunto de las personas independientemente de factores sociales, económicos, religiosos u otros; sin embargo es en la etapa de la adolescencia donde tales conflictos se hacen más acentuados y pueden constituirse en un punto de inflexión que pueden incidir incluso en el bienestar futuro de la persona entendida ésta como nivel de autoestima, seguridad y/o personalidad.

Se debe entender la sexualidad humana como un sistema de múltiples niveles que van desde lo físico hasta lo cultural y cuya función diversa está primordialmente dirigida a dos fines: la reproducción y el placer.

El sexo cromosómico de la célula germinal crea el sexo gonadal y éste moldea el sexo morfológico, el endocrino y el neurológico. Este segundo nivel es la plataforma para la elección de la identidad sexual en el nivel psicológico y del género en el nivel social, expresados ambos en un comportamiento o rol sexual. Alcanzado éste, los dos sexos están listos para la atracción mutua, que culmina con la satisfacción erótica y potencialmente en el hijo (Rodríguez, 1994).

Lo genésico, pues, en la sexualidad tiene como objetivo la procreación. Lo erótico, en cambio, tiene como finalidad la satisfacción orgásmica. Lo genésico

y lo erótico coinciden en su infraestructura somática sexual, pero sus consecuencias, procreativas en el primero, psicológicas en el segundo, nos llevan a considerarlos como campos diferentes. La primera parte suele ser bien estudiada por campos médicos como la genética, la obstetricia, la endocrinología, la urología y la ginecología, y la segunda, con menos tradición científica y moral, por la sexología (Rodríguez, 1994).

El nombre *sexus* fue introducido por los romanos, como derivación probable del vocablo latino *secare*, que significa "cortar o desunir". Por siglos, esta palabra se refirió sólo al sexo.

En inglés apareció a raíz de la traducción de la Biblia al latín en 1382, para describir la selección que hizo Noé del "sexo masculino y femenino" de cada animal.

Paradójicamente, fue durante la represión social y sexual de la era victoriana cuando el término *sexo* se difundió ampliamente, y conceptos como instinto sexual, impulso sexual, acto sexual, moralidad sexual, alcanzaron la popularidad. El amor, el deseo, la lujuria, la carne, han existido siempre, pero la sexualidad humana en una expresión que tendría poco sentido para Dante o Shakespeare.

La investigación sexológica es reciente. Kraft Ebbing publicó su *Psychopathia sexualis* en 1866, Havelock Ellis dio a la luz su obra *Studies in the Psychology of Sex* a lo largo del primer cuarto de este siglo, y su contemporáneo Freud sentó las bases de su teoría sexual por la misma época.

Fue el zoólogo Alfred Kinsey quien inauguró la era de la sexología científica al publicar en la década de 1950 un análisis razonable y objetivo de la



conducta sexual de grandes grupos humanos considerados normales en una sociedad típicamente occidental, la norteamericana.<sup>1</sup>

El estudio sistemático de la fisiología de la respuesta sexual fue adelantado por una pareja de investigadores, el ginecólogo William Masters y la psicóloga virginia Johnson, contribución que sentó las bases para una terapia revolucionaria. a partir de ellos, merecen destacarse la psiquiatra Helen Singer Kaplan por su perfeccionamiento de la terapia sexual, John Money por sus aportes a los estudios de la diferenciación psicosexual y el francés Gerard Zwang por su sabia y erudita defensa de la función erótica humana.

Esta función erótica, definida por él como "el ejercicio consciente del placer sexual", parece ser la culminación evolutiva de la sexualidad, tan inherente al hombre como su racionalidad o su capacidad simbólica.<sup>2</sup>

### **2.1.1 DIFERENCIA ENTRE SEXUALIDAD Y SEXO**

El hombre comparte con el resto de los animales su sexualidad, pero se diferencia de ellos por su erotismo. El hombre trasciende ampliamente los aspectos procreativos y ha llegado a conformar una relativa independencia anatómica y funcional entre el erotismo y la procreación. Esta nueva dimensión sexual ha impregnado en grado variable, como lo intuyera Freud (Citado en Master y Johnson, 1966), todas las creaciones humanas.

La sexualidad humana estará presente desde el momento del nacimiento hasta la muerte del individuo. A lo largo de la vida, podrá ser experimentada y se observará su desarrollo hasta la adultez. Por lo tanto, esto implica un desarrollo psicosexual, donde se darán una serie de etapas que implican tanto cambios psicológicos como biológicos, que estarán marcados por las distintas

---

<sup>1</sup> LA RAZÓN, Enciclopedia práctica de la sexualidad, Edit. La Razón. La Paz – Bolivia. 2002.

<sup>2</sup> LA RAZÓN, *Ibíd.*

etapas de la socialización que tenga el individuo y que serán reflejadas en sus conductas.

Sin embargo, el logro de la madurez sexual en la etapa de la adultez, dependerá de las limitaciones que puedan lograr dos tipos de información: una respecto a su propia vivencia y experiencia, una información interior, y la otra que referirá a su entorno, la información que le llega de la cultura, de la educación, que será la información exterior. Entonces, se hablará de una madurez sexual cuando el individuo pueda integrar su sexualidad a su personalidad, ejerciéndola de manera plena, libre y responsable. Para que esta integración se dé, es necesario que la sexualidad haya cursado todas la etapas del desarrollo psicosexual (Segú, 1992).

La sexualidad abarca todos los planos de nuestro ser sexual, es una manifestación de nuestra personalidad. La sexualidad no es sinónimo de sexo, porque va más allá de lo genital, lo erótico, lo reproductivo; se desarrolla a partir de las experiencias personales y privadas, de las influencias sociales, y se experimenta, se siente, se vive de acuerdo con nuestra perspectiva individual, incluye vínculos espirituales de amor, comunicación e intimidad, y entre sus funciones está la reproductiva, la erótico-placentera y la comunicativa (Castellanos, 1997).

### **2.1.2 DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD**

Podemos decir entonces que la sexualidad humana integra componentes biológicos y socioculturales, que se expresan como fenómenos funcionales y comportamentales iniciados por impulsos y estímulos sexuales específicos y que culminan en el disfrute variable del placer erótico (Master y Jonson, 1966).

Para el autor Segú (1992), cada dimensión tiene su característica, así la dimensión biológica está conformada por el sexo, es decir, la diferencia biológica existente entre varones y mujeres.

### **2.1.2.1 La dimensión biológica de la sexualidad**

Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción hasta el nacimiento, así como la actitud de procrear después de la pubertad.

El plano biológico de la sexualidad afecta también al deseo sexual, la prestación sexual e indirectamente, la satisfacción derivada de la relación amorosa. Incluso se cree que las fuerzas biológicas condicionan determinadas diferencias en el comportamiento sexual, como la tendencia del varón a obrar más agresivamente que la mujer (Olweus et al., 1980)

Segú (1992), refiriéndose a Master y Jonson, indica que ellos documentaron con registros gráficos, fotográficos y filmicos la respuesta sexual humana; ratificaron algunos de los conceptos vigentes y modificaron el resto que hasta ese momento constituían el grueso del saber biológico. Desde este momento se evidencia de que puede darse una aproximación más real de lo que la sexualidad sería y pasa al registro del libro de ciencias (Segú, 1992).

### **2.1.2.2 La dimensión psicológica**

La sexualidad comienza con el nacimiento y va desarrollándose hasta la adultez, etapa en la que alcanza la madurez y a la que hemos denominado genitalidad.

Hablar de sexualidad es referirse al ser humano en su totalidad con plano conciente que permita al individuo hablar de cerca de su sexualidad y una

parte inconsciente que se hace consciente a partir de un proceso terapéutico, donde se trabaja lo reprimido de la sexualidad y que estaría considerado como malo (Segú, 1992)

### **2.1.2.3 La dimensión psicosocial**

La evaluación del aspecto psicosocial de la sexualidad reviste importancia porque arroja luz no sólo sobre muchos trastornos sexuales, sino sobre nuestra evolución como seres sexuales. Desde la infancia, la identidad sexual o de género de un individuo (la convicción íntima del sujeto de sentirse hombre o mujer) viene configurada primordialmente por fuerzas psicosociales (Segú, 1992).

Las primeras actitudes hacia el sexo, que a menudo acompañan hasta el estado adulto, se basan en gran medida en lo que dicen o nos muestran los padres, condiscípulos y maestros acerca del sentido y los objetivos del sexo. La vertiente social de la sexualidad se manifiesta también en que la colectividad la regula mediante normas, proscipciones y presiones parentales y de los grupos de individuos de nuestra misma edad, con el propósito de inducirnos a encausar nuestra conducta sexual por una senda determinada (Master y Johnson, 1966).

En el estudio de este tema debemos evitar enjuiciar el comportamiento sexual de los demás a partir de nuestros principios morales y experiencias personales.

Con excesiva frecuencia la gente tiende a plantearse la sexualidad de manera categórica, entre lo que es "normal" y lo que se le antoja "anormal". En general, lo "normal" coincide con nuestro comportamiento mientras que consideramos anormal la conducta ajena, los actos que nos aparecen diferentes o inusitados. La pretensión de enjuiciar lo que es normal en los otros resulta una tarea bastante ingrata y, además, suele estar condenada al fracaso

porque nuestra objetividad está mediada por nuestros propios valores y experiencias (Master y Jonson, 1966).

A menudo las cuestiones relacionadas con el sexo tienen un carácter polémico y se reinterpretan en función a los respectivos esquemas de valores. Pero con frecuencia la controversia guarda relación con la época, el lugar y las circunstancias. El concepto de lo "moral" y de lo "justo" o "correcto" varía con cada cultura y de un siglo a otro. Mucho de los aspectos morales inherentes al sexo se vinculan a determinadas tradiciones religiosas, pero la religión no tiene el monopolio de la moralidad.

Tan "morales" son los individuos no apegados a firmes creencias religiosas, como aquellos otros cuyos principios se supeditan a los postulados de un credo religioso. No existe un sistema de valores sexuales que tenga validez universal, ni un código moral que sea indiscutiblemente justo y aplicable a todos los hombres (Master y Johnson, 1966).

## **2.2. LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia ha sido objeto de atención académica en el contexto internacional, desde los albores del siglo y ha generado una inmensurable literatura que se ha ocupado de los diversos fenómenos biológicos, psicológicos, afectivos, sociales y, recientemente, culturales asociados a esta experiencia del ciclo vital de los individuos (Castellanos, 1997).

### **2.2.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO**

El período de la adolescencia, se extiende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama



de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos y aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos.

A la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimientos y desconcierto (Master y Johnson, 1966).

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa, de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Offer y Offer, 1975).

Según Papalia (1997), la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual, cuando una persona puede engendrar. Aunque los cambios físicos de este período de vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que la pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que comienza desde antes de nacer (Papalia, 1997).

Los cambios biológicos que señalan al final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual..., También se observan el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias como la aparición de vello púbico, y por el desarrollo de los órganos sexuales y la aparición de características sexuales secundarias, todo ello acompañado con una aceleración del ritmo de aumento de peso y estatura y desarrollo de las formas corporales; el inicio y duración de este proceso no sólo varía entre los géneros sino que presenta diferencias al interior de cada sexo.

El cambio más significativo para las mujeres es la menarca (Chelala, 1995; Stern, 1995); y para el hombre, es la espermaquia (Stern, 1995).

A continuación se detallan las diferencias en cuanto a las características sexuales primarias y secundarias que se desarrollan en la persona dependiendo de su sexo:

Cuadro No. 1

## CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS: ORGANOS SEXUALES	
FEMENINAS	MASCULINAS
<input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> Trompas de Falopio <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Testículos <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Escroto <input type="checkbox"/> Vesículas seminales <input type="checkbox"/> Próstata
CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS	
FEMENINAS	MASCULINAS
<input type="checkbox"/> Senos <input type="checkbox"/> Vello púbico <input type="checkbox"/> Vello axilar <input type="checkbox"/> Aumento del ancho y la profundidad de la pelvis <input type="checkbox"/> Cambios en la voz <input type="checkbox"/> Cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Vello púbico <input type="checkbox"/> Vello axilar <input type="checkbox"/> Vello facial <input type="checkbox"/> Cambios en la voz <input type="checkbox"/> Cambios en la piel <input type="checkbox"/> Ensanchamiento de la espalda

Fuente: Castellanos, 1997.

El proceso en el cual van consolidándose tales características es de aproximadamente cuatro años y comienza más o menos dos años antes en las mujeres que en los varones. La secuencia en la que se dan tales cambios, difieren en relación al sexo, sin embargo es posible delimitar temporalmente los mismos (Papalia, 1997).

En muchas culturas tales cambios que van sufriendo los niños (as) representan un signo en el cual se asume que los mismos pasan ya sea de ser niños a hombres o de niñas a mujeres, en mención a ello se realizan una serie de rituales que identifican el advenimiento de un nuevo miembro a la comunidad de adultos. Con frecuencia tales ceremonias incluyen poner una marca de fortaleza en el cuerpo (tatuajes, cicatrices en el rostro, retirar el prepucio del pene en el varón o mutilación parcial o total del clítoris en la mujer). Es evidente



que tales hechos que son evidentemente extremos pueden generar en la persona serios conflictos psicológicos, emocionales y traumas entre otros.

## **2.2.2 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOSOCIAL**

Paralelamente, la adolescencia también es un proceso social y emocional crecimiento del adolescente (Papalia, 1997). Se ha dicho que "la adolescencia comienza en biología y termina en cultura" (Conger y Peterson, 1984, p. 92).

En el plano psicosocial, se produce un explosivo desarrollo intelectual y emocional, que va acompañado de gran inestabilidad, tanto en términos de su identidad individual como social. Ciertamente, en esta fase se toman decisiones que perduran y/o afectan las etapas de la vida adulta (Medina, 1995).

Como se ha señalado los problemas de una definición de adolescencia y de juventud basada en criterios psicológicos y biológicos, radican en los difusos y precarios argumentos para establecer el término de esta fase del ciclo vital. Aunque cabe señalar que en el propio campo de la psicología social, Joseph Noshpitz (1992), relativiza el conocimiento que se tiene respecto de los factores que desatan la llegada de la pubertad, reconociendo de este modo que no se puede afirmar con exactitud cuando se inicia la adolescencia, señalando que:

"...no existe un momento preciso en el que comience la pubertad ni se sabe por qué comienza... -en concreto sólo se sabe que- en algún lugar del cerebro y particularmente en el hipotálamo hay un reloj biológico que llega a la hora marcada y desencadena una serie de cambios neuroendocrinos" (en Maddaleno, 1995: 98).

No obstante, el problema principal para los principales enfoques tradicionales, esto es, epidemiológico, sociodemográfico y psicosocial, estriba

en la determinación del momento en que se debe dar por finalizada a la fase adolescente. Como estos enfoques, además de la biología, se apoyan en la sociología y en la psicología social para establecer los cortes etéreos que dividen a la población entre niños, jóvenes (que normalmente se subdividen en adolescentes y jóvenes) y adultos, procede revisar los argumentos que dichas disciplinas aportan a los enfoques predominantes.

Desde la psicología social, Anamely Monroy (en OPS, 1985) señala que la adolescencia, en tanto transición de grupo de pertenencia de la niñez al mundo adulto, termina cuando el individuo aprende y adopta los distintos modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura, y los incorpora a su personalidad.

Como se puede inferir, por un lado, esta perspectiva vincula el proceso de socialización a una carrera que termina cuando el individuo forma su carácter, o lo que sería su símil social con la llegada de la adultez; sin embargo, la realidad del proceso de socialización de todo individuo es que éste puede modificar, aprehender o incorporar normas, valores y creencias hasta el momento de su muerte (Medina, 1995).

Por otro lado, siguiendo una lógica funcionalista, Monroy (en Aliaga, 1999) presupone que el adolescente es un sujeto inerte que interioriza pasivamente los valores, normas y modos que imperan en su entorno social (Parsons, 1968); otros autores como Berger y Luckman (1979), en cambio, señalan que los sujetos en parte construyen la realidad que viven y configuran su identidad individual y social de manera relacional (en Gergen, 1992).

Por lo tanto, en gran medida se apropian de los discursos circulantes en el contexto cultural de su realidad social, atribuyéndoles un nuevo sentido; es decir, los individuos intervienen activamente en los procesos de socialización,

construyendo y resignificando las ideas, creencias, valores y normas circulantes (Urteaga, 1996).

En síntesis, las perspectivas epidemiológica, sociodemográfica y psicosocial ya no permiten dar cuenta del sujeto adolescente y su salud, en el concierto de las transformaciones que han experimentado las sociedades a través del siglo, un proceso que aún sigue su curso.

La adolescencia por tanto constituye un período sumamente crucial en el desarrollo normal de la persona. Los cambios biológicos y psicológicos que determinan los caracteres sexuales de la misma pueden en cierto grado desconcertar al individuo si éste no tiene la orientación adecuada repercutiendo o generando incluso desajustes psicológicos tales como la falta de estima, timidez y otros.

### **2.2.3 LA PSICOLOGÍA DEL ADOLESCENTE SEGÚN LOS CAMBIOS FÍSICOS**

Es evidente que los cambios físicos bruscos característicos de la pubertad inciden de forma directa en la conducta del adolescente y fundamentalmente el en factor psicológico del mismo, a continuación se detallan los más importantes (Papalia, 1997):

♦ **Madurez precoz y tardía en la adolescencia.-** La madurez precoz o tardía tiene un efecto inverso en los hombres en relación a las mujeres. Según estudios realizados los varones que experimentan los cambios físicos de manera precoz tienden a ser más seguros de sí mismos y con mayor autoestima en relación a aquellos que maduran en forma tardía. En contraposición en el caso de las mujeres, aquellas que experimentan los cambios físicos de manera precoz tienden a ser más inseguras y con menor nivel de autoestima en relación a aquellas que experimentan tales cambios en

forma tardía. Tal reacción de los adolescentes tienen mucho que ver con el medio en el cual se desenvuelven ya sea en el hogar, escuela u otros (Papalia, 1997).

A los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen tener una ventaja sobre los jóvenes que maduran después, pues obtienen muchos beneficios para su autoestima (Alsaker, en Papalia, 1997). Al ser más musculosos, son más fuertes y mejores deportistas y tienen una imagen física más favorable. Tienen una ventaja de tiempo ya que disfrutan del beneficio de tener el mismo nivel de madurez de las niñas de su edad (Blyth et al. En Papalia, 1997).

En general, existe mayor probabilidad de que los efectos de una madurez precoz o tardía sean negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros, bien sea por estar mucho más o mucho menos desarrollados, y cuando no ven los cambios como una ventaja (Simmons, Blyth y McKinney, 1983).

No obstante es difícil generalizar sobre los efectos psicológicos de la llegada a la pubertad porque ellos dependen, al menos en parte, de cómo interpretan este suceso tanto el adolescente como las personas de su mundo. Los adultos deben ser sensibles ante el impacto potencial de estos cambios, de manera que puedan ayudar a los jóvenes a vivir estos años de la manera más positiva posible (Papalia, 1997).

♦ **Sentimientos acerca de la apariencia física.-** Uno de los grandes problemas con los que tropiezan los adolescentes es la percepción que los mismos tienen con respecto a su apariencia física, sin embargo según estudios realizados las mujeres son las que más conflictos se crean con respecto a tal factor llegando incluso a duplicar el índice en relación a los varones. Ello se ve altamente influenciado por los estereotipos que la sociedad genera

fundamentalmente para con las mujeres, mostrando una imagen de belleza femenina acorde a sus parámetros ideológicos.

Con frecuencia, los adultos no toman en cuenta la preocupación de los adolescentes por su apariencia; no obstante, en una sociedad que suele juzgar a través de ésta, la imagen personal puede tener efectos a largo plazo sobre los sentimientos de la gente joven con respecto a sí mismos. Los adultos que consideran que eran atractivos durante su adolescencia tienen una elevada autoestima y son más felices que quienes no se consideraban así (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, citados en Papalia, 1997).

◆ **Cambios bruscos en el carácter.**- La adolescencia se caracteriza por ser una etapa en el cual acorde a los cambios físicos experimentados se producen cambios bruscos en el carácter, es la etapa de la típica rebeldía y el choque de personalidad entre padres e hijos.

#### 2.2.4 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

A partir de la evaluación de la producción bibliográfica sobre el tema de la sexualidad adolescente, como implicaciones de la misma, es posible delimitar a *grosso modo* dos perspectivas teóricas. Por un lado, aquella que parte del paradigma positivista desde el que se generan conceptos universales que tienden a ver a la población adolescente como un grupo homogéneo, más allá de toda diferencia de contexto (socioeconómico, cultural y situacional) intenta establecer relaciones de causalidad entre las prácticas sexuales de los adolescentes, sus consecuencias no previstas o deseadas, su entorno social y económico, y sus características psicológicas (Stern y García, 1996). En este paradigma, la sexualidad aparece intrínsecamente asociada a la función reproductora y se hace énfasis en los aspectos biológicos y psicológicos que la constituyen.



Sólo recientemente, el ejercicio de la sexualidad es analizado a través del enfoque de riesgo, el cual, intenta identificar aquellos factores del entorno social y situacional y del propio individuo como ser humano que permiten el desarrollo de comportamientos de riesgo que atentan contra su salud o bien que lo protegen de la emergencia de dichos comportamientos (factores protectores). Sin embargo, en el caso de la sexualidad adolescente se han enfatizado los aspectos negativos, que tienen como consecuencia el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual, consecuencias que a su vez inciden en forma nociva dentro de la estructura social (Medina, 1995).

Los estudios elaborados en torno a la sexualidad adolescente desde los campos de la epidemiología, la psicología social y la sociodemografía comparten la perspectiva descrita; no obstante, es necesario señalar que hacia la década de los años noventa y particularmente durante la segunda mitad de ésta, se plantea la necesidad de transitar por nuevas rutas de análisis, tales que permitan ir más allá del señalamiento de los aspectos negativos de la sexualidad humana, romper con las conclusiones generalizantes e incluir estudios comparativos, entre otras propuestas (Pick, Díaz, 1994; Pick, Givaudan, Díaz Lóving, 1994; Atkin, Ehrenfeld y Pick, 1996).

A través de esta autocrítica se pretende tender puentes que permitan integrar dentro de estas investigaciones los planteamientos y críticas que han surgido desde otras perspectivas de análisis, fundamentalmente del enfoque sociocultural (o socioconstructivista), del enfoque humanista y de la salud reproductiva (Medina, 1995).

Los estudios sobre sexualidad adolescente elaborados desde la perspectiva sociocultural parten del reconocimiento:

“que los seres humanos desarrollan sus vidas situados en contextos específicos, lo que, junto a darle sentido a lo que se hace, fijan sus

límites. De este modo, el ambiente que surge de la situación y su contexto determinan lo que se acepta como "sexo", las expresiones legítimas, las oportunidades para manifestar o reprimir los deseos sexuales" (Aggleton, 1997).

Así, la sexualidad de los adolescentes no es valorada en forma negativa o riesgosa *a priori*, ni tampoco lo son aquellas implicaciones que desde el paradigma positivista aparecen como patológicas, específicamente el embarazo precoz. Por el contrario, se analizan los procesos a través de los cuales los adolescentes socializan su sexualidad y se intenta rescatar la dimensión lúdica y placentera de ésta, apelando a argumentos tales como los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente a fin de garantizar prácticas sexuales seguras (Medina, 1995).

Según Palma (1997), en toda sociedad la sexualidad es interpretada, hablada y valorada por una multiplicidad de discursos, que provienen tanto del campo de los "expertos" como de los individuos en general. Ello aparece con más fuerza cuando se trata de abordar la sexualidad de los jóvenes: ¿Por qué no se educa, por qué no se investiga, por qué no se pregunta a los jóvenes sobre sus necesidades en este campo?. Esta omisión preocupa, por cuanto rodea la sexualidad adolescente impide, paradójicamente, que la iniciación sexual constituya una opción responsable, a una edad apropiada y como una experiencia gratificante para el crecimiento y el desarrollo personal (Palma, 1997).

Textualmente, Palma (1997), señala:

"Existe consenso respecto a que la sociedad aprende y vive la sexualidad cargada de ignorancia, prejuicios, mitos y culpa. Políticos, empresarios, profesionales de la salud y de la educación, así como cualquiera de nosotros es socializado con algún contenido negativo.

Tanto así, que las respuestas educativas (públicas y privadas) frente a la sexualidad adolescente, corren el riesgo de estar determinadas por una visión conflictiva de la sexualidad (Palma, 1997).

El enfoque humanista propone centrarse en la promoción de comportamientos saludables en la esfera sexual, lo cual supone aceptar que la sexualidad adolescente tiene manifestaciones y necesidades que le son propias. Esta orientación busca romper con la característica de "anormalidad" que se asocia a la sexualidad adolescente, descubriendo sus aspectos positivos que la vinculan al desarrollo personal humano y a la calidad de vida de las personas (Palma, 1997).

En este orden, los adolescentes sufren un conjunto de reacciones sociales y psicológicas inherentes a los cambios de orden biológico.

*Fantasías sexuales.* Los sueños y las fantasías sexuales, se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación (Hass, 1979). Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realiza por lo general el placer de la actividad sexual: puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo, constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (Master y Jonson, 1966).

*Independencia.* A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Los adolescentes buscan la mutua compañía para procurarse apoyo y guía, mientras albergan el propósito de enmendar los errores de otras generaciones. Sin embargo, no tardan en darse cuenta de que los individuos que forman parte de su grupo de



edad tienen unas aspiraciones, controles sociales y normas de conducta propios.

Las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras o amores románticos (Master y Jonson, 1966).

Todos los aspectos anteriormente señalados, demuestran que la sexualidad del adolescente conlleva reacciones psicológicas complejas. Dependiendo de cuáles sean las vivencias del adolescente, en qué entorno se desarrolle o cuáles sean las circunstancias en que se asimilen los cambios que se presentan su autoestima puede sufrir variaciones que pueden ser positivas o negativas, vale decir, un adolescente que ha tenido la debida orientación en cuanto a su sexualidad y que los cambios vividos en él han sido asimilados en su verdadera dimensión, de acuerdo a su personalidad, su autoestima puede tornarse alta; o al contrario si un adolescente, no ha asumido de acuerdo a sus características físicas y de personalidad los cambios en su sexualidad, su autoestima puede tender a bajar (Castellanos, 1997).

## **2.3. LA DISCAPACIDAD MENTAL Y SEXUALIDAD**

### **2.3.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL**

Según la American Association on Mental Retardation, la discapacidad mental es una condición producida por la interacción de factores personales, ambientales y las expectativas puestas sobre la persona. Para diagnosticarlo se requiere que la condición haya comenzado antes de los 18 años, que el CI sea significativamente menor al promedio poblacional y que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona, por lo menos en dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida hogareña,

habilidades sociales, uso de la comunidad, autodeterminación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.<sup>3</sup>

La perspectiva tradicional enfatiza la importancia del Coeficiente Intelectual; la AAMR propone resaltar tanto las dificultades como las capacidades en las áreas principales de la vida diaria. El abordaje en función de estos criterios diagnósticos posibilita el manejo de conceptos y estrategias según el nuevo paradigma de los Apoyos en la Discapacidad Mental.<sup>4</sup>

Consideramos que los adolescentes con discapacidad mental poseen capacidades y limitaciones funcionales con relación al entorno social en que se encuentran; las capacidades deben ser debidamente trabajadas, valoradas y puestas en marcha, dado que constituyen los genuinos recursos de una persona. Las limitaciones son aquellas que deben ser debidamente diagnosticadas y los apoyos, pensados como recursos y estrategias que se implementan para mejorar el nivel de interdependencia, de inclusión social y satisfacción personal.

Enfocar la problemática de la discapacidad comparando a las personas con limitaciones funcionales, con un patrón o modelo sancionado como normal, (de acuerdo con los diferentes modos de establecer una normalidad: como mayoría, como convención, o como modelo enunciado por la autoridad médica, religiosa o legal) genera que la sociedad naturalice mecanismos de exclusión por medio del paradigma del déficit, en el cual se establecen comparaciones cuantitativas. Cuando se interviene sobre estas poblaciones desde el paradigma del déficit se piensa en compensar, reemplazar, dar lo que falta.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego. "Retraso Mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones". Vertex, Diciembre de 2000.

<sup>4</sup> GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego, op cit.

<sup>5</sup> Ibidem.

Lo que no se puede pensar es la diferencia, en vez del déficit, como una entidad en sí, (Diferente, del latín *di-ferens*: dos caminos), como una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. La discapacidad, como falta, podría leerse desde la problemática del tener. Pero al esencializar la falta, queda sumida en la problemática del ser.<sup>6</sup>

Desde el paradigma de la diferencia se procura brindar los apoyos que las personas con limitaciones funcionales necesitan para tener las vidas que ellos quieren tener y pueden sostener. Pensar en apoyos permite identificar a estas personas no sólo con aquello de lo que carecen sino con lo que pueden, pudieron y podrán, (sin juzgarlo cuantitativamente y rotularlo: "deficiente"), y no intervenir para suplir una falta, sino para brindar desde el entorno, la ayuda que necesiten para vivir, como sucede en la vida de los convencionales. Si uno piensa en apoyos y en niveles de apoyos deja de pensar en una persona dependiente de por vida en todos los aspectos y pasa a pensar que esta persona requiere algunas ayudas durante algún tiempo en algunas áreas. Una determinada patología puede durar toda la vida; la discapacidad no tiene porqué durar tanto.<sup>7</sup>

## **2.3.2 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD MENTAL**

### **2.3.2.1 Características del adolescentes con Discapacidad Mental**

En la adolescencia, el cuerpo de los adolescentes con leve discapacidad mental ha sido largamente olvidado en pos de un trabajo centrado en la estimulación de la limitación intelectual. Desde el paradigma del déficit, se ha totalizado al niño en función de aquello que le falta y es visto sólo desde esa perspectiva. Todo esto no tiene porque ocurrir: puede suceder, y se espera que

---

<sup>6</sup> Ibidem.

así sea en los futuros años, que el trabajo realizado durante la niñez de los adolescentes con DM, produzca un adolescente en condiciones convencionales, diferentes sí, pero con una diferencia convencional.<sup>8</sup>

La premura para que aprendan a leer, hablar, calcular, para que adquieran los atributos intelectuales, sólo da cuenta de la necesidad de compensación de la diferencia básica esencializada a nivel intelectual. El cuerpo aparece subutilizado y subestimado, lo que dificulta su apreciación como una condición más de subjetivación, de desarrollo funcional, de vinculación con los otros, de despliegue de una historia.<sup>9</sup>

La aparición de los caracteres sexuales secundarios toma "desprevenidas" a los adolescentes con DM y a sus familias. Los cuidados higiénicos, alimentarios, de la salud, de la sexualidad, (las menstruaciones, las relaciones sexuales, las poluciones nocturnas), suelen ser parte de un trabajo de compensación durante la adultez. No es por una oscura causa genética o endocrinológica que los adolescentes con DM tienen un alto índice de sobrepeso y obesidad. Para lograrlo, se necesita una historia de acumulación pasiva en la que su cuerpo no reconocido como valioso, sino como algo deficitario, encuentra su mayor fuente de gratificación en la ingesta del alimento. Se transforma en un cuerpo que no fue habilitado para agrandar a sí mismo o a otros. El cuerpo se transforma en una carga ajena, un aditamento del cual cuidan otros: los médicos, los padres, los familiares, los otros que tienen poder sobre él.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> AZNAR, Andrea S. y GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego: "Autodeterminación y constitución subjetiva. Estudio sobre el imaginario institucional".

<sup>9</sup> AZNAR, Andrea S. y GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego. Op cit.

<sup>10</sup> Ibidem.

### 2.3.2.2 El desarrollo Mental

La posibilidad de razonamiento abstracto o lógico-matemático, está muchas veces vedada desde un comienzo. Sin embargo, los adolescentes con DM sí pueden comprender, acceder, procurar valores y entidades muy abstractos, (la libertad, la justicia, la amistad, la honestidad, la fe), que les permiten participar en instituciones sociales, religiosas, deportivas, comunitarias, del mismo modo que cualquier convencional.

Se reconoce y denuncia, la posibilidad de abstracción en los adolescentes con DM. El imaginario institucional-profesional de la discapacidad fue moldeado sobre el coeficiente intelectual; automáticamente se juzga que lo que se mide como déficit en la capacidad de abstracción en los test de inteligencia representa toda la capacidad de abstracción de una persona.<sup>11</sup>

¿Alguien podría decir que el voto democrático depende del coeficiente intelectual? ¿Alguien puede sostener que es más religioso que su vecino porque que es más inteligente? ¿Para rezar o para enamorarse se necesita un determinado coeficiente intelectual? Esta ristra de ironías, mal que nos pese, es operante. El lugar de los adolescentes con DM en las instituciones religiosas, por ejemplo, es algo que hay que sostener activamente. En parroquias, sinagogas e iglesias se mantienen actividades para DM; pero no en todas ellas, tiene que ser apoyado y propiciado por el entorno social.

En la medida en que no se estimulan y desarrollan estas capacidades de abstracción en los adolescentes con DM permanecen ocultas, silenciadas y mueren, de una muerte antinatural.

---

<sup>11</sup> Ibidem.

Cabría en definitiva preguntarse si la permanencia del pensamiento de tipo mágico se debe a un déficit inherente a la discapacidad mental o a un efecto del medio, que mantiene la infantilización, las medias respuestas, las explicaciones insuficientes, la ausencia de problematización frente a las cuestiones que confrontarían el pensamiento con la realidad.

En el campo social, es relativamente extraño que los adolescentes con DM y sus familias, cumplan con los ritos de iniciación propios de su clase o de su religión, así como es común que sigan transitando por instituciones de tipo escolar de enseñanza básica, con edades que oscilan entre los 16 y los 24 años, de acuerdo con cada escuela y cada país. Persisten los modos gregarios propios de la infancia, el recurso a los referentes significativos y autoridades para resolver los problemas, sin intentar resolverlos por sí mismos.<sup>12</sup>

El grado de autonomía fuera del hogar es restringido, no siendo habilitada la posibilidad de ser responsables por sus actos; sus vidas se hallan ligadas a la endogamia. Estas características de los JDM, conforman una descripción de las formas mayoritarias de ser y transitar por la adolescencia, pero de ningún modo *debe* ser así.

El predominio de la presencia real, y no simbólica, de la familia en la adolescencia de los adolescentes con DM conlleva a la existencia de un mundo sobreprotector, armado "puertas adentro" de las instituciones, que no permite el ingreso de los estímulos provenientes de la realidad, su posterior confrontación con el propio pensamiento, ni la posibilidad de conocer la diferencia, la duda, la angustia, la elección. El adolescente con DM queda entrampado en la pasividad, (que no equivale a estatismo del psiquismo); los procesos mentales siguen un curso activo de pasivización, plafonamiento e hipoestimulación, características que pasan a formar parte de su identidad.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> AZNAR, Andrea S. y GONZALEZ CASTAÑÓN, Diego. Op. cit.

<sup>13</sup> AZNAR, Andrea S. y GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego. Op. cit.

### 2.3.2.3 El tema de la sexualidad

En este ámbito, la sexualidad del adolescente con leve discapacidad mental es un área que debe interesar a muchos padres, profesionales e investigadores y pareciera ser uno de los problemas de las personas con discapacidad mental. Se justifica que se lo considere uno de los temas, por cierto controversiales, que conforman la dimensión social ( Schwab, 1991).

Para abordar el tema se mencionan algunos hechos:

- I. Las personas con discapacidad mental, experimentan el mismo rango de sentimientos sexuales que la población en general.
- II. Los adolescentes con discapacidad mental, pasan por los mismos cambios en su pubertad que los demás adolescentes, aunque estos cambios pueden ser más lentos para los varones con discapacidad mental.<sup>14</sup>
- III. Al menos el 50 por ciento de las mujeres con discapacidad mental son fértiles. Hay varios reportes confirmados de mujeres con discapacidad mental que fueron y que son madres.

Young y Martin (1989), afirman que quienes tienen esta condición muestran un desarrollo de secuencia normal en las características primarias y secundarias sexuales, pese a lo cual aún quedan muchas preguntas sin respuestas sobre la función sexual de estos adolescentes, la libido, la producción de espermatozoides y la fertilidad. Invitan a hacer más estudios concenientes al desarrollo sexual, dado que muchos de ellos viven en comunidades, institutos, con todos sus riesgos, oportunidades y libertades.

<sup>14</sup> ARAMAYO, Zamora Manuel. "Hechos y mitos de la persona con retardo mental". Edit. Tropykos pág. 177.



Respecto a la madurez sexual de las mujeres, con discapacidad mental revelan que el promedio del inicio de la menstruación es al rededor de los 12 años, con ciclos menstruales entre 22 y 33 días, durante 4 días de flujo menstrual.

#### **2.3.2.4 Embarazo y Paternidad en adolescentes con discapacidad mental leve**

Independientemente de otras consideraciones y cambios a favor de las personas con discapacidad mental continúa vigente la polémica sobre sus derechos para completar su realización personal y social en la conformación de una relación heterosexual permanente, la formación de un hogar independiente y el derecho a la paternidad. Muchas razones se dicen, sobre la conveniencia o no al respecto y cumplimiento de tales derechos. Hay riesgos, limitaciones y otros problemas.<sup>15</sup>

Es un problema que afecta a todo el grupo familiar, no solamente a la persona con discapacidad mental. Si eso ocurre en todos los grupos humanos, no debería extrañar que también afecte a estas familias, aunque con frecuencia se desvirtúa su naturaleza como si no se tratará de un fenómeno humano más.

Attar (1988), afirma que el derecho de las personas con discapacidad mental a expresar su sexualidad y consecuentemente el derecho de contraer matrimonio y tener hijos está siendo reconocido con mayor insistencia. Sin embargo considera importante el tener cuidado sobre el riesgo de tener hijos con discapacidad mental, sobre el tamaño de la familia, así como la evaluación de la competencia de los padres para cuidar a sus hijos. Es necesario la orientación a la futura madre, durante y después del embarazo, lo mismo que desarrollar servicios adecuados para ésta población.

<sup>15</sup> ARAMAYO, Zamora Manuel. Op. cit. pág.178.

También se analizaron los factores genéticos que afectan a la sexualidad, matrimonio y reproducción de las personas con discapacidad mental. Deben considerarse el desarrollo del asesoramiento Genético y las de Técnicas de Diagnóstico Prenatal. Permanece sin embargo, como una dificultad, la predicción de handicaps en lo hijos. Hay que recordar cómo las actitudes hacia el matrimonio y el embarazo de las personas con discapacidad mental ha cambiado al reconocer sus deseos de llevar una vida normal. La discusión está centrada en la transmisión genética y cómo éste puede afectar las vidas de las personas con discapacidad mental, y sus familiares etc.

### **2.3.3 DISCAPACIDAD MENTAL Y EDUCACIÓN SEXUAL**

Es importante reconocer que la persona con discapacidad mental, es alguien que hay que conocer antes de determinar qué cosas puede o no hacer. Por lo tanto, no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones, para manejar el repudio o para sobreponerse al desprecio; sino de afirmarse como personas con todos los derechos de asumir su sexualidad plenamente. Los adolescentes con discapacidad mental, tienen, como toda persona, el derecho a vivir su propia experiencia y aprender de ella, aunque sea de sus equivocaciones.

La función erótica integra la naturaleza humana y la singulariza ya que es propia del ser humano, no aparece en el animal en la misma proporción y expresa la libertad que posee el humano para disponer de su sexualidad y colocarla al servicio de la comunicación, el placer y el amor. También está perfeccionada por el "saber", ya que tiene los conocimientos en materia de fisiología sexual (diferencias de respuestas entre el hombre y la mujer, en jóvenes, adultos y ancianos, en el embarazo y en los discapacitados mentales) que facilitan el logro de un placer compartido con otro

Educar en la sexualidad no es otra cosa que contribuir al desarrollo de la persona humana en su totalidad. Es erróneo pensar que hay una sexualidad distinta para el discapacitado. Lo que debe comprenderse es que hay una única sexualidad humana.

La educación sexual de los adolescentes con discapacidad mental, se debe tratar ampliamente considerándolo un tema que deben afrontar todos los padres de familia. Luego de considerar algunas distinciones entre pubertad y adolescencia se recuerdan a los padres que no pueden pretender tratar a sus hijos por siempre como niños. Es verdad que hay limitaciones en la madurez social y emocional, pero las personas con discapacidad mental, necesitan oportunidades para un contacto social que las permita tomar decisiones con respecto a su desarrollo personal.

Estos adolescentes necesitan herramientas para construir relaciones personales íntimas y los padres deben estar preparados para ayudar a sus hijos en estos aspectos. Requieren que les enseñen acerca de la sexualidad porque como seres humanos tienen necesidades sexuales y deben expresarlas en forma socialmente aceptable.

Hay que prevenir sobre los peligros de no brindar la educación sexual: se está impidiendo el desarrollo personal limitando su existencia humana; es la apelación ante los resabios de oposición a una apertura y cambio de actitud en el tema.

No menos interesante es conocer qué piensan los profesionales involucrados en el mundo de discapacidad mental respecto a la sexualidad de estas personas; su rol es protagónico y, la mayoría de las veces, pautan la conducta a los padres e hijos con necesidades especiales.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> ARAMAYO, Manuel. Op. Cit. Pág, 117.

Desde el punto de vista social, aún entendiendo la apelación que se hace a los derechos y otras necesidades de expresión de la sexualidad, cuesta imaginar la dificultad de una persona para mantener una relación permanente, definida y sin renunciar a las expectativas personales y sociales, cuando la pareja tiene discapacidad mental. Lo recomendable es considerar, caso por caso, el nivel de independencia personal y social, en función de la persona y su grupo familiar.

Por tanto, se concibe la Educación Sexual bajo un enfoque educativo integral inscrito en la corriente del desarrollo humano. La Educación Sexual debe formar parte de todo proceso educativo en y para la vida que promueve el desarrollo integral de la personalidad, favoreciendo que el adolescente con leve discapacidad mental, logre de manera conciente e informada la vivencia plena, placentera y responsable de su sexualidad.

Cuando se educa a los adolescentes con Discapacidad Mental, se debe tomar en cuenta que son sujetos en formación y que se debe partir de las necesidades básicas y de sus saberes previos y de esta manera reformular sus conocimientos si son errados, apuntalar sus valores, sentimientos, actitudes para que formen y afirmen su sexualidad de forma responsable<sup>17</sup>.

### **2.3.3.1 La salud sexual reproductiva en la educación sexual a adolescentes con leve discapacidad mental**

Se ha establecido que los adolescentes con leve discapacidad mental son educables y por tanto capaces de comprender ciertos aspectos de la naturaleza humana y su desarrollo, importantes para mantener su salud física, psicológica y mental, en este sentido, cabe insistir en que estos adolescentes deben aprender también sobre cuestiones de la salud sexual y reproductiva,

<sup>17</sup> GUZMÁN Mollinedo, Amanda. 1997 "Tesis: Educación para la afectividad y la sexualidad de las adolescentes La Paz, Bolivia – UMSA.

pues, al tener un mayor conocimiento de la sexualidad humana, al que aportaría un programa de educación para la sexualidad, deberán conocer también los efectos y las ventajas de asumir con responsabilidad y cuidado su sexualidad.

Para el efecto, es importante que se señalen los métodos y técnicas anticonceptivas como una forma de vivir una sexualidad responsable.

Entre estas técnicas de posible uso en mujeres con leve discapacidad mental se pueden señalar las siguientes:

a) **La píldora.-** Se trata del método anticonceptivo más seguro. La píldora suprime la ovulación. Es posible ajustarla muy bien al estado hormonal individual de la mujer. Las píldoras de una sola etapa contienen todas las mismas mezclas de las hormonas sexuales femeninas estrógeno y progesterona.

La píldora de dos fases contienen sólo estrógeno durante la primera etapa de gestión; y estrógeno y progesterona durante la segunda.

En el caso de la píldora de tres etapas, la mezcla de estrógeno y progesterona cambia durante cada etapa de ingestión, en forma correspondiente a las fluctuaciones naturales en la producción hormonal de la mujer.

Forma de aplicación: la mujer ingiere una píldora diariamente. Después de 21 o 22 días, la mayoría de los productos intercalan una pausa de seis o siete días. Algunos productos son píldora sin agente activo, para estos seis o siete días, para que las mujeres no pierdan el ritmo de la ingestión. Esto es una ventaja para las mujeres con discapacidad mental. Ellas (o las personas encargadas de cuidarlas) no tienen que calcular cuándo se debe empezar la gestión de las píldoras después de dicha semana de interrupción. Es necesario

tomar la píldora puntualmente. Si se atrasa en más de 24 horas puede ocurrir la ovulación y ya no habrá una protección anticonceptiva eficaz.

**Desventajas:** El consumo constante de hormonas puede provocar migrañas, náuseas, nerviosismo, aumento de peso, menos ganas de tener relaciones sexuales. Los productos modernos, las llamadas micropíldoras, contienen dosis muy bajas, de modo que rara vez se producen tales efectos colaterales. Sólo deben tomar las píldoras después haber consultado con el médico.

**b) Los anticonceptivos inyectables de tres meses de duración.-** La mujer recibe cada tres meses una inyección intramuscular que contiene una elevada dosis de progesterona.

Puesto que sólo es preciso pensar en la necesidad de prevenir el embarazo cuatro veces al año, este método es muy práctico para las mujeres con discapacidad mental, y es el que con mayor frecuencia se aplica en los Internados. Ciertamente, es discutido, porque además de los efectos hormonales (más o menos los mismos que en el caso de la píldora) puede darse prolongadas menstruaciones ligeras y trastornos en el ciclo menstrual. A muchas mujeres no les pasa nada, hecho que es considerado como ventaja.

**c) Espiral dispositivo intrauterino.-** No es tan seguro como los métodos hormonales. La espiral es insertada por el médico y permanece en el útero durante tres a cinco años. Impide una de dos cosas: que se unan el óvulo y el espermatozoide o que el óvulo fecundado anide en las mucosas uterinas.

**Desventajas:** en muchas mujeres que usan la espiral, las menstruaciones son más intensas, prolongadas y dolorosas que antes. El riesgo de infecciones abdominales y de un embarazo extrauterino aumenta sobre todo en el caso de las mujeres más jóvenes. Para las mujeres que aún no han dado a luz, la inserción de la espiral puede resultar dolorosa.

**d) Crema, óvulos y espuma espermaticidas.-** Estos preparados producen una espuma en la vagina que inmoviliza a los espermatozoides.

Estos productos químicos deben introducirse profundamente en la vagina varios minutos antes del contacto sexual. Sólo las mujeres con discapacidad mental leve, pueden manejar estos métodos.

Las mujeres con discapacidad mental, tampoco son capaces de aplicar los llamados métodos anticonceptivos naturales, en los que mide la temperatura del cuerpo etc.

### **Métodos anticonceptivos para hombres con discapacidad mental**

En la actualidad, sólo el preservativo (condón), se constituye en el método anticonceptivo utilizado por los varones. En vista de que incluso muchos hombres no discapacitados tienen problemas para usarlo correctamente, sólo casos excepcionales es posible recomendarlo a los hombres con discapacidad mental leve.

#### **2.3.3.2 Antecedentes de la educación sexual en América Latina**

La educación sexual, en América Latina y en Bolivia, en la década de los noventa, se ha incrementado notablemente en adolescente "normales", posiblemente debido a las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual, específicamente en casos de VIH/SIDA, además de los embarazos precoces no deseados y la alta mortalidad infantil. En Bolivia la fecundidad de las adolescentes y jóvenes (de 15 a 19 años) es de 147 de cada mil en el área Rural y de 77 de cada mil en el área Urbana.



En la República de Colombia, el Ministerio de educación Nacional, a partir de febrero de 1994, incorpora la obligatoriedad de desarrollar proyectos Pedagógicos de educación sexual en todos los establecimientos del país con el fin de impulsar el compromiso y la participación de todas y de cada uno en la formación del educando y en propiciar en la comunidad educativa los espacios que posibiliten su desarrollo.

De la misma manera que en la República de Colombia, los Ministerios de educación de muchos países Latino Americanos, Iberoamericanos etc. En las últimas décadas han incrementado varias experiencias en el área de la educación sexual.

En Bolivia, la educación sexual se abre paso poco a poco como novedad durante los años 70 entre las primeras en iniciar este trabajo es la Asociación Boliviana de educación sexual, (ABES), Organismo no Gubernamental que inicia sus actividades en 1973 con acciones educativos a grupos de mujeres.

Posteriormente en los años 80 la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia realiza acciones educativas en salud Reproductiva.

Por otra parte la Sociedad de Pediatría organiza actividades formativas en principio de ETS en Centros educativos mediante su programa para adolescentes.

En 1989 se funda la Sociedad Boliviana de Sexología y Educación Sexual, que luego se deshace y se retoma en 1994 como la Sociedad Boliviana de Educación Sexual (SOBES) creándose de nuevo la Sociedad Boliviana de sexología y educación sexual, ambas reconocidas de sexología y educación sexual (FLASSES).

01359



En las últimas décadas otras instituciones, han desarrollado importantes experiencias de educación sexual como la de servicio de Investigación y Acción en población (SIAP), el Centro de investigación, educación y servicio (CIES), la realización por la Dirección Departamental, de Educación de Santa Cruz apoyada por el programa de prevención del VIH/SIDA de la Comisión Europea y ejecutado por la GTZ (PREVSIDA – CE).

Esta última experiencia emprende en 1996, el desafío de elaborar y ejecutar un plan de educación sexual sistemático, orientado a la formación integral de la personalidad de los educandos, para enfrentar los problemas asociados a la sexualidad, como son: el embarazo del adolescente, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, la violencia sexual, la falta de equidad entre los géneros, etc.

La experiencia que llevo acabo la Escuela técnica de Salud de Cochabamba con el proyecto de adolescencia y educación sexual. PROADES; Auspiciado por el fondo de la población de asociaciones de Naciones Unidas, UNFPA.

“ Educación en población “ UNFPA – MECD en la ciudad de La Paz, Agosto – 1999, se desarrollan las pautas de integración Curricular de Transversales de educación para la sexualidad en el nivel primario<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> BELSU Medinaceli. Tesis: “Educación sexual mito o realidad” en alumnos de en el Alto UMSA 1998.

## **2.4 LOS CENTROS DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL**

### **2.4.1 Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI)**

Julio de 1966, es una fecha importante en el país, pues se fundó el Instituto Nacional de Adaptación Infantil I.N.A.I, primera Institución Especializada para la Discapacidad Mental, en Bolivia, con repercusión Internacional debido a su estructura orgánica de carácter multidisciplinario e interinstitucional.

Creado por la señora Elsa O. de Ovando, en apoyo a la inquietud e iniciativa de los profesionales de la Clínica de Psiquiatría de la C.N.S.S. en La Paz, (quienes a su vez son miembros de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría), en vista de la demanda de atención requerida por los familiares de los Discapacitados Mentales se organizó la fundación Pro – INAI, en la que Participaron la Sociedad Boliviana de pediatría y Miembros de la Cruz Roja Boliviana. Posteriormente y en atención al Código del Menor<sup>19</sup>.

Concretamente, el IDAI fue creado el 6 de Julio de 1966, Mediante Decreto Supremo 00691 como fundación Pro- Instituto Nacional de Adaptación Infantil (IDAI), con el objetivo de estudiar la incidencia y Magnitud de la Morbilidad de la Discapacidad Mental en el país y planificar el trabajo multidisciplinario.

En 1996, a consecuencia de la Ley de Descentralización Administrativa, el INAI se integra a la Prefectura del Departamento de La Paz, adquiriendo el denominativo Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI)

---

<sup>19</sup> Ministerio de Educación y Cultura. Dirección Nacional de Educación Especial. La Paz- Bolivia.

IDA) constituye uno de los pilares fundamentales de lo que significa el tratamiento y la atención educativa a las personas con discapacidad mental y otros problemas asociados, en nuestro país<sup>20</sup>.

#### **2.4.2 Asociación Boliviana de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Mental (ABOPANE)**

ABOPANE es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, con personería jurídica N° 198666, de 1983. La Sede de su Directorio Nacional se encuentra en la ciudad de La Paz, pero tiene filiales en las ciudades de Oruro, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Potosí, Sucre, Beni, Pando y Riberalta.

Esta Institución fue fundada por un grupo de padres y profesionales nacionales a la cabeza de la Sra. Matilde Rodríguez Díaz, esposa del embajador de Venezuela.

#### **Objetivo**

El objetivo principal por el que ABOPANE fue creado es el de Defender y hacer prevalecer los derechos de las personas con discapacidad mental del país.

#### **Visión**

La visión de esta institución es:

Respetar la diferencia para apuntar a la búsqueda de equidad de las personas con discapacidad mental, promoviendo procesos de participación comunitaria, en función el igualdad de oportunidades

---

<sup>20</sup> VELASCO Roberto. "Proyecto Instituto Nacional de Adaptación Infantil". La Paz- Bolivia.

## **Misión**

Ganar espacios y sentar presencia en los diferentes ámbitos de la comunidad que tengan que ver con el cumplimiento de sus derechos, generando impactos visibles, integrales y participativos.

### **La Líneas de acción:**

- Crecimiento y fortalecimiento del movimiento asociativo a nivel nacional e internacional.
- Atención directa de niños, jóvenes adultos con discapacidad mental y sus familias, a través de talleres de capacidad y otros.

Además se trabaja en conexión con todas las instituciones de la sociedad, especialmente con aquellas que trabajan en defensa de los derechos de los niños, niñas, jóvenes, adultos y organizaciones de y para personas con discapacidad de Bolivia.

En el ámbito Internacional, se tienen contactos con las siguientes instituciones: Organización Mundial de Personas Impedidas I, The World Disability Report, Organización Mundial de la Salud, Canadian Association for Community Living, Inclusión Internacional, FEMDIN

En el ámbito Nacional: Comité Nacional y Departamental de las Persona con Discapacidad, Defensor del Pueblo, GLARP-IIPD Capítulo Boliviano, Asamblea Permanente de Derechos Humanos, SEDUCA – La Paz, Defensa del Niño Internacional, ASIPDIMBO, Federación Paceña de Personas con Discapacidad, Universidades Públicas y Privadas, Fundación INFOCAL, Red Social por la Defensa de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Instituciones De y Para Personas con Discapacidad

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

El trabajo de investigación se ha ejecutado con ajuste a las siguientes referencias en lo que hace al método aplicado:

#### **3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se ha desarrollado bajo un método no experimental, de carácter exploratorio y descriptivo.<sup>21</sup>

#### **3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño elegido para la presente investigación es de observación naturalista, de entrevistas personales y de encuesta verbal y escrita. Asimismo es un diseño transeccional, referido sólo al período 2003.

#### **3.3. OPERALIZACION DE VARIABLES**

Hi: El deficiente conocimiento de temática sexual, determina dificultades para el mejor manejo de su sexualidad, por los adolescentes con discapacidad mental leve.

---

<sup>21</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERE, Metodología de la investigación.



Variables	v.i: Conocimiento de temática sexual	v.d: Manejo de la sexualidad
Definición conceptual	Información fehaciente, adecuada e integral acerca de temas de sexualidad, transmitida de acuerdo a las necesidades y capacidad de comprensión de los adolescentes con DM leve.	Capacidad de comprensión de la temática de la sexualidad.
Definición operacional	Grado de comprensión del material educativo pertinente.	Aplicación del conocimiento en las relaciones cotidianas.

Modelo: Hernández Sampieri y Cols., 1999

### 3.4. POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en los institutos ABOPANE e IDAI, cuya población esta compuesta por niños, adolescentes y jóvenes con deficiencia mental en diferentes grados.

### 3.5. MUESTRA

La muestra está conformada por 22 sujetos. Se trata de una muestra no representativa, constituida por todos los integrantes en edad de 13 a 20 años, de ambas instituciones, adolescentes con diagnóstico de discapacidad mental leve, que está institucionalizados en IDAI, y externos de ABOPANE,

### **3.6. INSTRUMENTOS**

Observación naturalista

Entrevista participativa no dirigida

Encuesta escrita con orientación personal.

#### **Procedimiento:**

La primera etapa de la investigación consistió en hacer contacto con las instituciones elegidas para el estudio, en este caso el instituto de adaptación infantil (IDAI).

Se pidió autorización al Director del Instituto mediante una carta, para realizar el estudio, seguidamente se tomó contacto con los adolescentes seleccionados por el profesional.

Luego se hizo una entrevista con los padres de familia, y hacer también las encuestas básicas acerca de la sexualidad humana.

En base a todos estos criterios se hizo la selección definitiva de los adolescentes internos con discapacidad mental leve.

Una vez conformada la muestra definitiva de acuerdo a la observación, se hizo un pre diagnóstico, el contacto y entrevistas, se siguió con un proceso de observación general de las conductas sexuales. Una vez terminada la etapa de observación se aplicó las encuestas con preguntas básicas sobre sexualidad humana.

De igual forma se procedió con la Asociación boliviana de padres y amigos de personas con discapacidad mental (ABOPANE)

### **3.6.1. OBSERVACIÓN NATURALISTA**

Se realizó mediante visitas periódicas semanales, días martes, durante el año 2003. Los sujetos no estaban informados de esta circunstancia, lo cual facilitó el obtener información sobre sus comportamientos cotidianos.

Las observaciones que se realizaron fueron recogidas en un registro de datos, para su mayor confiabilidad y validez.

Como un ejemplo de la observación naturalista, se puede mencionar el siguiente caso:

- a) En el momento que se exhibía para el grupo un video sobre educación sexual, algunos mantenían atención sobre el contenido y expresaban sus inquietudes, mientras que otros, la mayoría, reflejaban inhibiciones evitando observar la pantalla y comentar.
- b) En los momentos de recreo de sus actividades educativas inherentes, se observó paseos por los espacios, de parejas tomadas de la mano, miradas de enamoramiento y diálogos propios y comunes a cualquier otra pareja.
- c) Manifestaciones enfáticas de celos, con amenazas a los o las involucradas.
- d) Alusiones al matrimonio y a la reproducción de familia.
- e) Alusiones frecuentes a cuestiones de sexualidad, con respuestas a veces preelaboradas tal vez recibidas de alguna educadora, como ser ante la pregunta "¿cómo te cuidas del embarazo?", respuesta "para qué", aporte de un adolescente: "para no embarazar a una chica...", respuesta del

encuestado: "cuando tienen un coito,.... (duda, al no poder construir una respuesta más completa), tienen que cuidarse,... no sé..."

### **3.6.2. LA ENCUESTA**

Tuvo el objetivo principal de indagar los criterios y conocimientos de la sexualidad humana por parte de los adolescentes. Se les proporcionó cuestionarios para su integración, y se les cooperó para responder a las preguntas.

### **3.6.3. LA ENTREVISTA PARTICIPATIVA**

Consistió en un proceso en el en el cual la investigadora observa el comportamiento de los adolescentes para conocer su interacción social ante la diferencia de sexos.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS

#### 4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Para establecer el grado de conocimiento de la sexualidad humana en los adolescentes con leve discapacidad mental, se ha aplicado el cuestionario, donde se han formulado preguntas de conocimientos básicos de sexualidad.

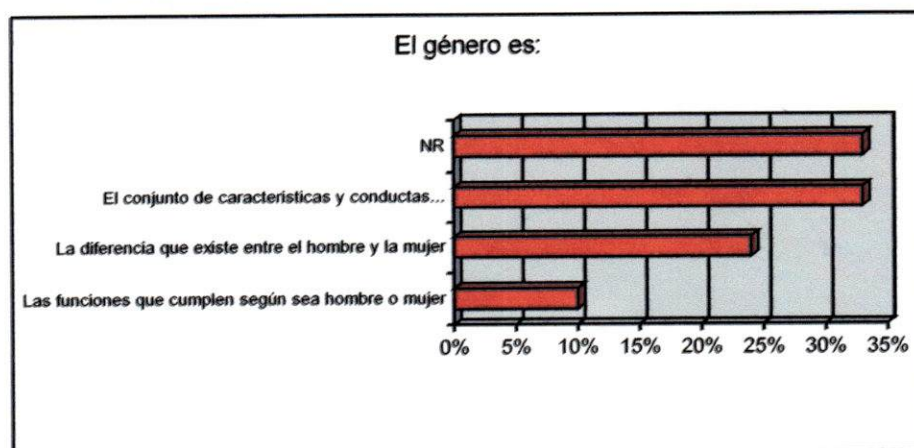
##### 4.1.1 CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE GÉNERO

**CUADRO No. 1**  
**CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE GÉNERO**

Genero es:	Total general	%
Las funciones que cumplen el hombre y la mujer	2	10%
La diferencia de sus órganos sexuales que existe entre el hombre y la mujer	5	24%
Las conductas señaladas por la sociedad como apropiadas a cada sexo y que diferencian lo femenino y lo masculino	7	33%
No sabe	7	33%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**GRAFICO No. 1**  
**CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE GÉNERO**



Fuente: Elaboración propia.



Se puede observar que solamente el 33% de los participantes ha acertado en la respuesta correcta; mientras que un porcentaje similar respondió que no sabe el significado de género, y el restante 43% señaló otras respuestas equivocadas, lo que implica decir, que el 67% de los adolescentes no asume una conducta adecuada en torno al rol de género, o consideran que género significa solamente la diferencia biológica de sexo.

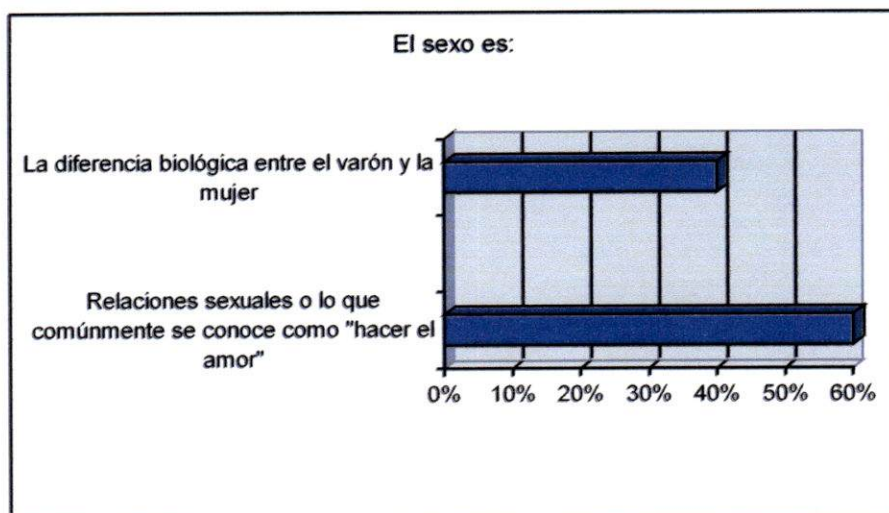
#### 4.1.2 CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE SEXO

CUADRO No. 2  
CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE SEXO

Sexo es:	Total general	%
Relaciones sexuales o lo que se conoce como "hacer el amor"	13	62%
La diferencia biológica entre el varón y la mujer	8	38%
Total general	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO No. 2  
CONOCIMIENTO RESPECTO AL SIGNIFICADO DE SEXO



Fuente: Elaboración propia.

También se ha preguntado respecto al significado de sexo para el adolescente. Sólo el 38% de los mismos apuntó en la respuesta correcta, vale decir, que para ellos sexo es “la diferencia biológica entre el varón y la mujer”, mientras que el resto lo relaciona directamente con las relaciones sexuales o con el hacer el amor.

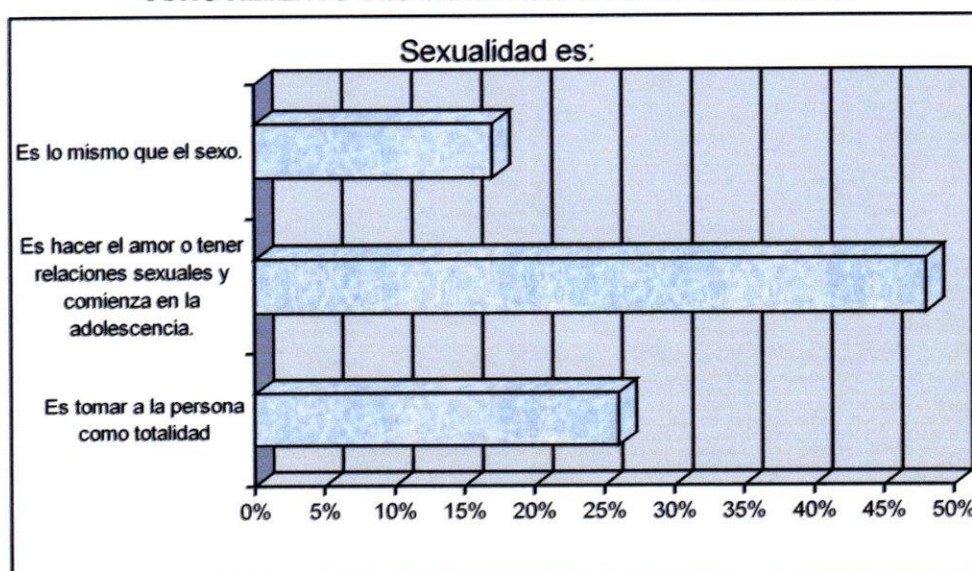
#### 4.1.3 CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD

**CUADRO No. 3**  
**CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE SEXUALIDAD**

Sexualidad es:	Total general	%
Es tomar a la persona como totalidad, donde hay una dimensión biológica, psicológica y espiritual que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte.	7	26%
Es hacer el amor o tener relaciones sexuales y comienza en la adolescencia.	10	48%
Es lo mismo que el sexo.	4	17%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**GRAFICO No. 3**  
**CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.5 CONCEPTO DE PUBERTAD

CUADRO No. 6  
CONCEPTO DE PUBERTAD

la pubertad es:	Total general	%
La etapa del desarrollo humano cuando se da el desarrollo de las características sexuales secundarias	6	28%
Cuando uno es conocido generalmente como joven	10	48%
Ninguna de las dos respuestas anteriores	4	19%
NR	1	5%
Total general	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

También es evidente que el conocimiento respecto al desarrollo del ser humano no es el aceptable puesto, que sólo el 28% de los adolescentes responde acertadamente respecto a la pregunta de qué es la pubertad.

#### 4.1.6 EMBARAZO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL

CUADRO No. 7  
EMBARAZO EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL

Una muchacha puede embarazarse la primera vez que tiene relaciones coitales	Total general	%
NO	5	24%
NO SE	9	43%
NR	6	28%
SI	1	5%
Total general	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Ante la pregunta de que si una muchacha puede embarazarse la primera vez que tiene relaciones coitales, es evidente que sólo el 5% de los adolescentes saben que esto sí es así, lo que significa que el restante 95%, no



están seguros de tal situación, no saben y gran parte de los mismos ni siquiera respondió a la pregunta.

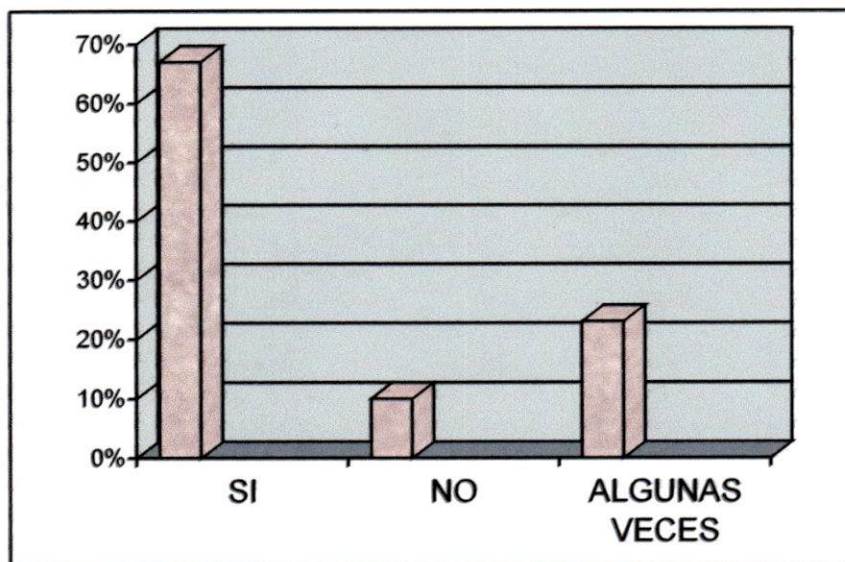
#### 4.1.7 LA AUTOESTIMULACIÓN (MASTURBACIÓN)

**CUADRO No. 8**  
**AUTOESTIMULACION EN LOS ADOLESCENTES**

¿Te gusta tocarte los genitales?	Total	%
SI	14	67%
NO	2	10%
ALGUNAS VECES	5	23%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO No. 4**  
**AUTOESTIMULACION EN LOS ADOLESCENTES**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en los datos anteriores que el 67% de los adolescentes con discapacidad mental leve, afirman que sí gustan de tocarse sus genitales como una forma de autogratificación erótica, asimismo, el 23% señala que hace este acto algunas veces, mientras que solo el 10% de estos adolescentes señala que no gusta tocarse sus genitales.

Tal situación demuestra que la mayor parte de los adolescentes con leve discapacidad mental, se masturban, acto que puede realizarse de una manera conciente o inconsciente, es decir, en muchos casos no saben lo que están haciendo, pero sienten placer al hacerlo.

**CUADRO No. 9**  
**CONCEPTO DE LA AUTOESTIMULACIÓN**

<b>La masturbación según tu opinión es buena o mala para la salud, o no hace nada?</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
BUENA	3	14%
NO HACE NADA	2	10%
MALA	16	76%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Otro aspecto importante indagado, es el referido a cómo definen los adolescentes al hecho de autoestimularse o masturbarse, donde se pudo conocer que sólo el 14% de los adolescentes saben que la masturbación no es dañina a la salud, en contraposición los demás, sí piensan que la masturbación ocasiona algún mal, mientras que un 10% opina que ésta no hace nada. Esta situación da cuenta de una falta de información adecuada en cuanto a la sexualidad humana en estos adolescentes.

#### 4.1.8 CONCEPTO DE VIRGINIDAD

**CUADRO No. 10**

<b>Una mujer es virgen cuando:</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
Su himen se encuentra íntegro	4	19%
No tiene himen	17	81%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, solo el 19% de los adolescentes respondió correctamente ante lo que significa realmente la virginidad, mientras que el 81% señala



equivocadamente que la virginidad es cuando la mujer no tiene himen. Tal situación reafirma la suposición de que estos adolescentes carecen de conocimientos básicos respecto a la sexualidad humana.

#### 4.1.9 CONOCIMIENTO DEL APARATO SEXUAL MASCULINO

Para facilitar la respuesta a los adolescentes encuestados, se ha apoyado esta interrogante con un dibujo gráfico, para que cada uno señale el nombre correcto en la parte correspondiente (Ver anexo). A continuación, se muestra un resumen de las respuestas obtenidas.

CUADRO No. 11  
APARATO SEXUAL MASCULINO

La anatomía del aparato sexual masculino está constituida por:	Total general	%
Respuestas correctas	1	9%
Respuestas incorrectas	10	91%
Total general	11	100%

Fuente: Elaboración propia.

También se evidencia la escasa información que tienen los adolescentes sobre sexualidad en el hecho de que sólo el 9% respondió acertadamente con el apoyo de los dibujos expuestos, a cómo está constituido el aparato sexual masculino.

#### 4.1.10 CONOCIMIENTO RESPECTO A LA ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL FEMENINO

De igual forma para establecer el conocimiento que tienen los adolescentes de la anatomía del aparato sexual femenino, se ha presentado una gráfica para que se señale el nombre a cada parte, los resultados son los siguientes:



**CUADRO No. 12**  
**ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL FEMENINO**

<b>La anatomía del aparato sexual femenino está constituida por:</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
Respuestas correctas	1	10%
Respuestas incorrectas	9	90%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al conocimiento del aparato sexual femenino, las deficiencias son las mismas, en los dibujos presentados sólo el 10% respondió acertadamente a esta pregunta. Aparentemente, son las mujeres quienes en mayor proporción conocen aproximadamente los nombres de las partes de su aparato sexual.

#### 4.1.11 CONOCIMIENTO DEL POR QUÉ UNA MUJER MENSTRUA

**CUADRO No. 13**  
**POR QUÉ UNA MUJER MENSTRUA**

<b>¿Por qué una mujer menstrua o tiene su período?</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
Porque está enferma	9	43%
Porque inicia su ciclo fértil para la reproducción	1	5%
No sabe	11	52%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que solo el 5% de los adolescentes con leve discapacidad mental sabe que la menstruación en la mujer está relacionado con el ciclo reproductivo natural, ello significa que el 95% no sabe porque la mujer tiene su período menstrual. Es evidente por tanto, que estos adolescentes carecen de un conocimiento básico de la sexualidad humana y reproductiva.

#### 4.1.12 CONOCIMIENTO DE QUÉ ES LA EYACULACIÓN EN EL HOMBRE

CUADRO No. 14  
CONCEPTO DE EYACULACIÓN

¿Sabes qué es la eyaculación?	Total general	%
Es la expulsión del semen por el pene donde se encuentran los espermatozoides	1	5%
Es la expulsión de un líquido blanco	7	33%
Es cuando el pene se pone erecto	2	10%
No sabe	11	52%
Total general	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Sólo el 5% de los adolescentes encuestados sabe lo que es la eyaculación en el hombre, lo que significa que el 95% no sabe que significa este término, expresando una vez más total desconocimiento de la sexualidad humana y reproductiva en estos adolescentes.

#### 4.1.13 CONOCIMIENTO, RESPECTO A CUÁNDO UN VARÓN Y UNA MUJER ESTÁN LISTOS PARA SER PADRES

CUADRO No. 15  
CONOCIMIENTO, RESPECTO A CUÁNDO UN VARÓN Y UNA MUJER ESTÁN LISTOS PARA SER PADRES

En tu opinión, cuándo un varón y una mujer están listos para ser padres?	Total general	%
Cuando la mujer ya ha tenido su primer período y el varón su primera eyaculación	6	28%
Cuando la mujer físicamente puede aguantar el peso de un bebé y el varón puede mantener a ambos	10	48%
Cuando la mujer físicamente está preparada para llevar a delante un embarazo no riesgoso, la madre y el padre pueden asumir su responsabilidad y juntos afrontar la situación tanto económica, como moralmente.	5	24%
Total general	21	100%

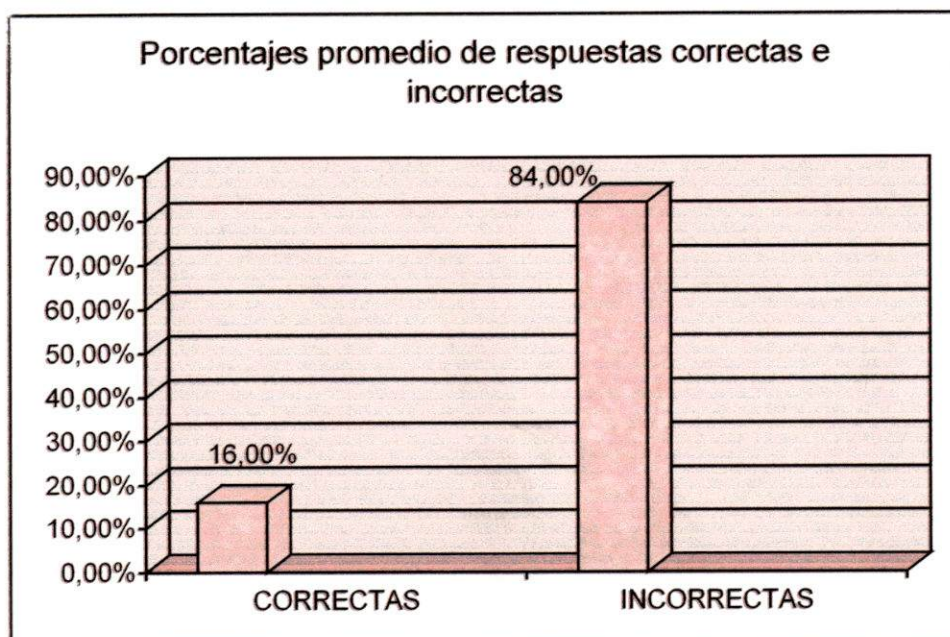
Fuente: Elaboración propia.



Finalmente, el 24% de adolescentes respondió correctamente a la pregunta de cuándo un varón y una mujer están listos para ser padres, es evidente que la mayor parte de los participantes están concientes de que la reproducción no sólo es una cuestión biológica, sino también implica aspectos relacionados con asumir una responsabilidad.

La media aritmética determinada en base a los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas para cada una de las preguntas del cuestionario de sexualidad humana. Este estadístico muestra claramente que el promedio de respuestas correctas es bajísimo, solo llega al 11%, lo que evidencia un deficiente conocimiento de los temas relacionados con la sexualidad por parte de los adolescentes, asimismo, se muestra que las respuestas incorrectas tienen un promedio superior al 80%, lo que confirma que existe un enorme desconocimiento de los aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes con leve discapacidad mental.

**GRÁFICO No. 5**



Fuente: Elaboración propia.

## **4.2 LA COMUNICACIÓN AFECTIVA Y SOCIAL DE LOS ADOLESCENTES CON LEVE DISCAPACIDAD MENTAL**

A través de la observación se pudo profundizar sobre los siguientes aspectos:

- 1.- La evolución de las mentalidades con relación a la vida afectiva y sexual de estas personas.
- 2.- Cómo viven los adolescentes la afectividad y la sexualidad;
- 3.- Qué educación es posible dar al respecto.

A través de la observación en el transcurso del tiempo ( durante un año), en el cual se trabajó con los adolescentes del IDAI y ABOPANE, se pudo establecer los siguientes criterios que expresan la deficiencia de la educación especial en torno al tema de la sexualidad. Estos resultados observados son los siguientes:

- Los adolescentes tienen dificultades para acceder a contextos "normales".
- Carencia de un entorno "normal". Con frecuencia no tiene oportunidades para relacionarse con iguales en situaciones "normales", limitando su vida al contexto familiar y al contexto de "centros especiales". Por ello las condiciones de socialización en general, y, sobre todo, sexual, tienen problemas.
- Los adolescentes tienen menos oportunidades de interactuar con los iguales, especialmente en situaciones en las que no estén vigilados. Estos adolescentes se dan cuenta y aprenden que sus juegos no son deseados o bien vistos por los adultos.

- En algunos casos existe sobreprotección de la familia, con la mejor de las intenciones, se sobreprotege a algunos de los adolescentes con discapacidad mental, de sus posibilidades de relación. Dicha sobreprotección suele provocar un empobrecimiento del entorno y, lo que no es menos importante, un control mucho mayor de las conductas, especialmente de las que se consideran peligrosas, como las sexuales.
- Sin embargo, también se ha observado que en algunos casos existe abandono, es decir, que algunos de los adolescentes internados en los centros mencionados, han sido abandonados a su suerte, sus padres por el hecho de que no son personas "normales", ya no les dan mucha importancia y se atienen a la atención que les brindan estos centros especializados.
- Existe ausencia de espacios y tiempos privados, íntimos, en los que puedan tener determinadas conductas sexuales autoeróticas o con los iguales. No solamente tienen un entorno pobre en el que son muy controlados, sino que carecen, en muchos casos, de tiempos y espacios de intimidad, con lo que su sexualidad, si lo es, debe ser pública. Con eso le queda dos posibilidades: la represión o el escándalo.

Las dificultades objetivas y sociales, resistencias familiares y de la sociedad, hacen difícil o imposible la formación de parejas y todo lo que ello implica.

- A muchas de estas personas se les niega información sexual que pueda entender y se las supone incapaces de tener cualquier tipo de relaciones sexuales y de pareja. Por eso no son informadas, no son educadas en un sentido positivo recibiendo únicamente mensajes negativos sobre la sexualidad no se les ofrecen o no dan ayudas específicas.

- Los modelos de imitación a padres, otros adultos e iguales y, sobre todo, la influencia de la televisión, junto con la falta de educación sexual les lleva con frecuencia a tener expectativas no realistas, especialmente en relación con pareja. No tiene la oportunidad de observar modelos cercanos que les sirvan.
- Se observó déficit cognitivos, emocionales, y conductuales. Deficiencias cognitivas, como la dificultad mayor para generalizar, hacer aprendizajes flexibles, planificar el futuro, procesar la información, etc., hacen sus aprendizajes más lentos, más erróneos y más deficitarios. Las deficiencias objetivas en las habilidades interpersonales y sociales, aumentan por falta de promoción de éstas, pueden llevar a estas personas a conductas afectivas y sexuales inadecuadas, por defecto o exceso. Saber decir sí y decir no, presentar quejas, piropear, citarse y tantas otras habilidades interpersonales pueden estar limitadas.
- Se observó mayor vulnerabilidad a los abusos, el acoso y la violación. Las razones de la mayor vulnerabilidad son numerosas. Hay numerosas falsas creencias que favorecen el que sufran abusos. Por ejemplo: Estas personas no son atractivas, por eso no sufren agresiones sexuales. Los abusos son un problema muy difícil, nada se puede hacer salvo sobre protegerlos. No comprenden o no sienten el daño, por lo que es menos grave.
- No pueden aprender nada sobre el tema. Tienen menor poder de autonomía, dependen más de los demás en la organización de los contextos a actividades. Casi siempre están con otras personas de las que dependen el que estén seguras o sufran abusos: familiares, amigos, vecinos, educadores, cuidadores y otros profesionales.
- Tienen menos capacidad de discriminación de lo que intenta el agresor, de forma que son más fácilmente engañados, manipulados, etc. Les es más



difícil conocer las verdaderas intenciones y motivaciones de los adultos, discriminar las situaciones y las propias conductas abusivas. Diferenciar un contacto apropiado de uno inapropiado puede ser extremadamente difícil, especialmente si el agresor les intenta confundir.

- Tienen menos capacidad de defensa, de decir No cuando algo no les gusta y, sobre todo, de decirlo con eficacia. Los abusadores suelen usar estrategias con las que sorprenden, engañan seducen y finalmente les amenazan. Se les ha educado para depender y confiar en los adultos, especialmente en el caso de los padres, educadores y otros adultos que entran en contacto con ellos.
- Se les educa de tal modo, que aprenden que tienen que obedecer a los adultos con formas de disciplina autoritaria sin explicación de la norma o de chantaje emocional amenazando con retirarles el amor o los cuidados etc.
- Tienen la curiosidad típica de las personas que no reciben información sobre la sexualidad y que tienen que descubrirlo por sí mismos: una curiosidad más ingenua, que con lleva más dificultades para discriminar los límites de la propia curiosidad.
- Normalmente no reciben o no han tenido formación e ignoran casi todo sobre la sexualidad, por lo que durante un tiempo es más probable que no sepan lo que está pasando, cuando se inicia un abuso. Así se les condena a la ignorancia o al aprendizaje viciado a través de los propios abusadores. Por ello puede que no lleguen a diferenciar un abuso sexual como abuso, o tarden en hacerlo, no lo denuncien e incluso lo lleguen a considerar como una conducta positiva hacia ellos.
- Los abusos se presentan con mucha frecuencia en un contexto de "afecto", ofreciéndole el agresor atención, cariño, comprensión, premios de diferente

tipo e incluso placer. Este contexto en la relación de abuso, especialmente si se trata de personas con carencias afectivas, puede ocasionar mas bien a colaborar con el agresor, que perciben como amigo. Los agresores consideran a las personas con discapacidad mental, más fáciles e interesantes. Porque hay la creencia, que son:

- Muy afectuosos
  - Fáciles de manejar
- 
- No denuncian o no les creen. Numerosas personas tienen acceso directo a su cuerpo para ayudarles a unas cosas u otras. Por eso están muy acostumbrados a que los demás accedan a su intimidad.
  - Su comportamiento corporal y gestual es a menudo forzado y rígido. No siempre manifiestan delicadeza, y hay que enseñarles con mucha paciencia a expresarse de manera precisa y eficaz. La repetición del mismo gesto les ayuda adquirir un progresivo dominio. Habitualmente, esas personas no se quejan de su propia torpeza; la familia y el personal educativo son los que se percatan de la situación y aquí es donde se tiene que aplicarse los métodos pedagógicos para ayudarles.
  - Los adolescentes y las adolescentes, expresan a veces dificultades, más que todo de orden psicológico, con malestares corporales, la mayoría de ellos, se queja de dolores de cabeza, del estomago etc., aunque físicamente no muestren ninguna disfunción. Es una manera de llamar la atención respecto a su cuerpo o a una sensación corporal que no sabe expresar sino como temor de padecer de alguna afección.

Desde hace algunos años, se pretende afrontar las cuestiones relativas a la vida afectiva y sexual con las personas con discapacidad mental. Esto no es nada fácil ni sencillo, ya que las familias y los educadores quisieran a veces considerarlas como personas asexuadas, o como individuos que no tienen

sexualidad, o incluso como niños. No obstante, si se observa su comportamiento, se ve que estas personas, con frecuencia, se interesan por la sexualidad, aunque sus preguntas sean torpes.

Todos estos motivos impulsa a darles los medios de sumir esa libertad, para evitar que sean objeto de manipulación, de chantajes afectivos o de abusos sexuales, pues podrían estar en busca de compañeros fáciles y ser víctimas de alguien que mostrándose bondadoso, quiere simplemente aprovechar la situación. El adolescente debe estar preparado para enfrentar y tener valor de decir "no", o pedir ayuda.

Corren, el riesgo de crearse una idea deformada y violenta de la sexualidad que les impide darse cuenta de que una relación amorosa se construye a través de la coparticipación y la comunicación con el otro. Si la persona no ha sido bien informado, podría tener conductas inadecuadas, ser a veces exhibicionista, manifestar emociones afectivas con la primera persona que se le presente, o vivir comportamientos compulsivos.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

Al culminar la elaboración del trabajo, ha sido posible arribar a las siguientes conclusiones, consideradas, frente a la naturaleza del problema como al diseño de la investigación, parciales y más bien orientadoras para dar continuidad a la presente investigación así como a nuevos trabajos.

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Las conclusiones se comentan de acuerdo con los objetivos establecidos en el Capítulo I, en el siguiente orden:

**Objetivo 1.- Indagar los conocimientos básicos que tienen los adolescentes con leve discapacidad mental en cuanto a la sexualidad, sexo, género y anatomía de los órganos sexuales.**

- ❖ Se ha evidenciado que el adolescente con leve discapacidad mental, tiene un limitado nivel de conocimiento de los aspectos relacionados con la sexualidad. La mayor parte de estos adolescentes no supieron distinguir entre lo que es sexo, sexualidad, coito y género.
- ❖ Es evidente que ni siquiera a través de dibujos gráficos que apoyaron la realización de la encuesta de sexualidad humana, los adolescentes pudieron identificar correctamente las partes anatómicas de los aparatos sexuales masculino y femenino, lo que también demuestra este escaso conocimiento de la sexualidad humana.
- ❖ Sobre otros aspectos, como la autoestimulación, la eyaculación, la pubertad o la virginidad en la mujer, también son elementos de la

sexualidad que en mayor proporción presentan respuestas incorrectas a las interrogantes planteadas.

- ❖ Si bien los adolescentes comprenden las diferencias de género en un mayor grado, existentes entre hombres y mujeres, no saben establecer con precisión diferencias biológicas y sexuales, mucho menos conocen o nombran correctamente las partes anatómicas de las partes de su sexo.
- ❖ Se determina plenamente que los adolescentes con discapacidad mental leve requieren de un mejor tratamiento en cuanto a su educación en temas específicamente relacionados con la sexualidad humana, para que éstos asuman su sexualidad dentro de los parámetros sociales considerados normales, pues, tienen los mismos derechos que todos las demás personas.

**Objetivo 2.- Observar el comportamiento de los adolescentes respecto a su sexualidad.**

- ❖ Observando a los adolescentes con leve discapacidad mental, se pudo conocer que la mayoría de ellos saben expresarse verbalmente, realizar tareas prácticas, y algunos escribir o leer, aunque con dificultades esperadas.
- ❖ Los problemas y los comportamientos afectivos sexuales no dejan de manifestarse en su vida diaria. Pueden buscar una cercanía corporal, abrazar con mucho entusiasmo a un educador(a), superando cualquier expresión de amistad, o un muchacho comportarse muy atrevido con una muchacha para tocarla, o muchacha ser muy curiosa respecto al otro sexo.

- ❖ En lo concerniente a la afectividad, al amor y a la relación de pareja entre un hombre y una mujer, existen evidentes confusiones. Expresan su interés por entablar una relación afectiva con otra persona de diferente sexo. Pero el solo hecho de hablar del tema, los hace cohibir, sentirse abochornados y pensar de lo que están hablando es malo o chistoso, pues generalmente reaccionan con sonrisas y algunos se sonrojan cuando ven figuras donde una pareja de jóvenes se besan o se abrazan.
  
- ❖ Su comportamiento corporal y gestual es a menudo forzado y rígido. No siempre manifiestan delicadeza, y hay que enseñarles con mucha paciencia a expresarse de manera precisa y eficaz. La repetición del mismo gesto les ayuda adquirir un progresivo dominio.
  
- ❖ Habitualmente, esas personas no se quejan de su propia torpeza; la familia y el personal educativo son los que se percatan de la situación y aquí es donde se tiene que aplicarse los métodos pedagógicos para ayudarles.
  
- ❖ Los adolescentes y las adolescentes, expresa a veces dificultades que se generan más que todo en el orden psicológico, comunicando malestares corporales, se quejan de dolores de cabeza, de estomago etc., aunque físicamente no muestre ninguna disfunción. Es una manera de llamar la atención respecto a su cuerpo o a una sensación corporal que no sabe expresar sino como temor de padecer de alguna afección.
  
- ❖ El desarrollo fisiológico y biológico de la persona con discapacidad mental, se realiza, en general, como en las demás personas. No obstante, se observa un impacto de la minusvalidez en la sexualidad, que puede traducirse en comportamientos de inadaptación. Algunas disminuciones impiden la concepción, pero el deseo de tener hijos puede

estar presente, tanto en los hombres como en las mujeres, aunque en realidad no piensen tenerlos.

**Objetivo 3.- Desarrollar un programa de educación sexual basados en la información, conocimientos y en los resultados de la investigación.**

- ❖ La falta de información de los adolescentes con discapacidad mental, puede favorecer los abusos sexuales. El objetivo de la educación afectivo y sexual es ayudar a que cada uno adquiera conciencia de su propio cuerpo y su estado emocional, para poder dominar sus deseos y ser responsable de su relación, como el sentido de la amistad personal, el respeto de sí mismo y del otro, el amor y el compromiso que dan todo el significado al acto sexual.
- ❖ Se debe enfrentar con la dificultad especial de algunos adolescentes con discapacidad mental, que tienen a veces la tendencia de buscar relaciones de dependencia que saben como conducirse ante los demás y lo que ellos les piden. Para esto se han creado métodos pedagógicos con ejercicios para ayudar a los adolescentes a aprender a ser autónomos.
- ❖ Por tanto, se ha desarrollado un programa educativo piloto, que se acompaña como anexo de la presente investigación, destinado a adolescentes con discapacidad mental, donde se abordan temas relacionados con la sexualidad humana, pues, se ha demostrado que estas personas consideradas especiales, presentan un desarrollo biológico casi normal, aunque su edad mental tenga algunas dificultades para desarrollarse, lo que no impide que éstos comprendan los aspectos más básicos de la sexualidad.



## **5.2. RECOMENDACIONES**

Al culminar el trabajo de la tesis de grado que antecede, se considera necesario formular las siguiente recomendaciones:

### **5.2.1. Ampliar y Profundizar estudios**

Es imperioso prestar atención a la problemática sexual de niños, adolescentes y mayores con discapacidad mental, que requiere de un trabajo interdisciplinario, con la presencia de científicos de la educación, en particular psicopedagogos.

En este sentido, se recomienda expresamente abrir más espacios de investigación en la Carrera de Ciencias de la Educación de la Universidad Mayor de San Andrés, en los que los egresados y las egresadas aprovechen la riqueza de información que brindan espacios como los centros ABOPANE e IDAI, tanto para buscar y sugerir soluciones a los problemas como para cumplir con el requisito de elaboración de tesis de grado.

### **5.2.2. Educadores y Familiares**

Los educadores, profesionales, terapeutas y otros que están en contacto directo con los adolescentes con discapacidad mental, deben también prepararse para llevar a cabo la educación afectiva sexual de manera natura y formal.

Asimismo los padres de familia, deben tomar conciencia que sus hijos, si bien son especiales, también tienen el derecho de estar plenamente informados de aspectos como la sexualidad, y no deben tratar de ocultar aquello que de forma natural se va desarrollando en los adolescentes, como son sus características sexuales adultas.

### **5.2.3. Instituciones y Gobierno**

A nivel Institucional, se debe readecuar el enfoque de la educación de estos adolescentes, puesto que en la actualidad se enfatiza el hecho de mantenerlos al margen de este tipo de educación.

También es importante que a nivel gubernamental, se desarrollen políticas para que instituciones como las tomadas en cuenta para el estudio, tengan mayor apoyo para una más efectiva actividad en bien de las personas especiales.

Se debe hacer cumplir las normas y leyes del país en relación a la educación especial, puesto que se tiene establecido que las personas especiales tienen los mismos derechos de educarse que las personas "normales".

Llevar a cabo programas de educación afectiva sexual formulado desde el punto de vista de los tutores y educadores.- Adquirir educación afectiva y sexual desde el punto de vista de las personas con discapacidad mental.

### **5.2.4. Otros responsables**

Los tutores, cuidadores educadores y sociedad en general debe tener en cuenta, como en el caso de los menores, que las personas con discapacidad mental, deben ser especialmente protegidas.

La educación afectiva y sexual debe ayudar a los adolescentes con discapacidad mental estén protegidas y se auto protejan de los riesgos asociados a la actividad sexual, y brindar bienestar y desarrollo de la calidad de vida. Por ello lo que se recomienda es "evitar los riesgos asociados a la actividad sexual.

# ANEXOS

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS

**Coito:** contacto sexual íntimo de la pareja humana, con o sin objetivo reproductivo.

**Cultura:** Es todo el conjunto de conocimientos y técnicas que cada grupo posee y que es necesario para vivir en su ambiente (cada sociedad posee una cultura).

**Discapacidad:** Toda restricción o ausencia debido a una deficiencia, de la discapacidad de realizar una actividad en forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

**Discapacidad mental (DM):** Concepto que explica las dificultades del desarrollo cognoscitivo de sujetos por diferentes síndromes.

En la actualidad, las denominaciones que hacen referencia a la Discapacidad Mental más utilizada son: deficiencia mental, retraso mental, debilidad mental.

**Discapacidad mental leve:** Educables con un C.I. de 50- 55 / 70- 75. Puede beneficiarse de la instrucción escolar en materias como la lectura y las matemáticas hasta un máximo de 6to. Grado. De adultos pueden llegar a ser bastante auto suficientes como para llevar una vida independiente en las habilidades sociales y laborales, realizando trabajos manuales semicalificados.

**Educación sexual:** Como proceso educativo en y para la vida promueve el desarrollo integral de la personalidad, para favorecer que el sujeto logre de la manera conveniente e informada como la vivencia plena, y la plena placentera, y responsable de la sexualidad de acuerdo a su opción personal.

**Educación sexual:** conjunto de conocimientos acerca de la constitución sexual del ser humano y de la reproducción biológica.

**Fantasías sexuales:** Elementos auxiliares de la masturbación; Realiza por lo general el placer de la actividad sexual o Experimentación sexual sin riesgos.

**Genésico:** Perteneciente o relativo a la generación.

**Inmadurez sexual:** Un retraso en su madurez somática sexual y psíquica; Aún no apto para la reproducción sexual.

**Pubertad precoz:** Precocidad del instinto sexual paralela a la maduración sexual somática, o no obstante la temprana maduración somática, o puede haber igualmente una madurez psicisexual tardía o bien ser inexistente.

**Precoz:** Temprana madurez somática

**Pubertad:** Epoca en la vida en que empieza a manifestarse la aptitud para la reproducción.

**Prejuicio:** Acción y efecto de juzgar; Idea preconcebida; Idea convencional en cuanto al conjunto social que impide obrar con Libertad.

**Sexo:** Es un concepto biológico que se refiere al conjunto de características genéticas, morfológicas, fundamentales que distinguen organismos de una especie, en machos y hembras; en el caso de los seres humanos en varones y mujeres.

**Sexualidad:** La forma, es decir los recuerdos y las situaciones en la que hemos ido descubriendo la existencia de nuestro propio cuerpo y las partes de nuestro cuerpo; las sensaciones más fuertes, los placeres más intensos que hemos experimentado durante esos primeros años; nuestra relación con las personas que nos han criado; los hábitos y las costumbres durante nuestra niñez; el momento y la forma como has descubierto tu diferencia sexual respecto al sexo opuesto; la forma como has entendido esa diferencia sexual y la forma como te han planteado esa diferencia.

# **PROPUESTA**

## **LINEAMIENTOS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto es consecuente con la elaboración de la Tesis para optar el título de Licenciatura, denominada "LA EDUCACIÓN SEXUAL", y presenta una propuesta de educación sexual para el manejo de la sexualidad, tomando en cuenta que es una parte de la Educación Integral que busca la formación de la persona (varón o mujer) para su participación familiar o social como ser humano con otros seres humanos. Para ello se debe partir de la historia individual en la que se incluye su realidad familiar y las características del Centro Educativo u ocupacional.

Para eso es fundamental reconocer las necesidades interpersonales de los adolescentes con discapacidad mental, y hacer un nuevo enfoque sobre la sexualidad, teniendo en cuenta las dificultades para ofrecer los criterios de: salud sexual, reproducción, higiene etc., en estas personas, y reconocer las características específicas de la sexualidad.

Ya que la sexualidad del discapacitado mental, no puede ser separado del resto de las personas, y su visión y sus necesidades son las mismas adaptadas a cada caso.

Educar en la sexualidad no es otra cosa que contribuir al desarrollo de la persona humana en su totalidad. Es erróneo pensar que hay una sexualidad distinta para los discapacitados. Lo que se debe comprender es que hay única sexualidad humana.

Tradicionalmente, la enseñanza de educación sexual a estudiantes con necesidades educativas especiales ha sido rechazada debido a la actitud negativa que nuestra sociedad tiene hacia las personas con discapacidades, así como la aprensión existente de los padres de familia acerca del significado de comportamientos sexuales aceptables o no aceptables en nuestra sociedad.

"Sin embargo, el Acta para la Educación de Estudiantes con Discapacidades de 1974 (IDEA) ha proporcionado a los padres de familia y a los profesionales con un arma sumamente efectiva para colocar presión en los programas locales, estatales y federales existentes y designar fondos monetarios para la elaboración de programas de instrucción sexual. Es nuestra responsabilidad, como padres de familia y como profesionales velar porque no sean olvidadas las necesidades sexuales de las personas necesidades especiales (McNab, 1978)"

La capacidad de expresar, entender y comunicar nuestras necesidades sexuales de manera adecuada es un derecho básico. Desdichadamente la identidad sexual no puede considerarse como una característica innata de nuestra personalidad y necesitamos educación al respecto porque tanto la instrucción recibida como la experiencia adquirida nos habrá de permitir ampliar nuestro repertorio y lograr así una imagen sexual positiva. Los programas de educación sexual en las escuelas públicas deberían, por lo tanto, proporcionar recursos de información para todos los estudiantes adolescentes que estén tratando de encontrar su identidad sexual.



## **2. ESTRATEGÍAS Y PROCEDIMIENTO**

Al proponer una Educación afectivo sexual, hay que tener en cuenta varios factores:

1.- La comprensión intelectual del sujeto tiene desde luego, repercusiones en su vida afectiva y sexual, por ejemplo a algunas mujeres les es difícil entender por qué tienen menstruación y los varones no.

Otras creen estar embarazadas sin haber tenido relaciones sexuales mostrando así, un problema afectivo muy grave que pesa sobre ellas. Algunos varones se preocupan porque no saben qué es esperma, que ellos tienden a confundir con orina espesa. Todas estas experiencias no están a la altura de su raciocinio.

2.- El aspecto físico y biológico interesa, igualmente para saber si uno es varón o mujer. A veces es más explícito en las mujeres, muy marcadas por un deseo de maternidad que no pueden, en realidad, asumir, o que trasladan a los animales, felices, por ejemplo, de ver nacer una camada de gatitos.

3.- La vida afectivo y sexual se ve en un clima emocional muy intenso partiendo de la preocupación que tiene la persona de su propio cuerpo, que ella aceptará o rechazará, por ejemplo, protegiéndose con vestidos inadecuados, así ocultándose y descuidando la higiene corporal. La vida afectiva sexual se expresa también en el deseo de ser autónomo, es decir, de no depender más de los demás, padres educadores, Instituciones etc., afirmando el deseo de vivir solos, crear un hogar, hacer el amor y ser reconocidos como hombre o mujeres.

4.- La dimensión de la vida relacional es también un aspecto muy importante que el adolescente con discapacidad mental, es capaz de expresar. La necesidad de ser importante para alguien, de ser valorado y respetado, de ser

objeto de atenciones especiales con alguna actitud o gesto, representa un apoyo para vivir la relación. Las reacciones frente a la sexualidad pueden ser distintas y a veces muy poco realistas. A algunos no les interesa, a otros les parece un juego, o incluso el simple hecho de estar en compañía, por ejemplo, para discutir o comer juntos.

**5.- Medio ambiente cultural influye también en la idea que tiene la sociedad de la vida afectivo sexual de los jóvenes con discapacidad mental, y de la vida familiar.**

Hoy día, ellas pueden seguir viviendo en la familia, participando, al mismo tiempo, en actividades diarias en centros educativos.

### **¿Cómo impartir educación afectiva sexual?**

- ❖ En primera instancia es necesario que se practique una comunicación fluida entre los adolescentes con discapacidad mental, padres de familia y lo educadores, con la finalidad de llegar a acuerdos de cómo guiar ante cualquier conducta que se quiere corregir en ellos.
- ❖ Canalizar conductas inadecuadas sobre la sexualidad positivamente evitando castigos innecesarios.
- ❖ Evitar estímulos que causen sobre excitación.
- ❖ Aprender a conocer a los adolescentes con discapacidad mental, para ayudar a manejar su sexualidad.

Los adolescentes pueden así, utilizar lo términos anatómicos a su antojo. Es por eso es importante el diagnóstico del médico, que haga todas las preguntas relativas a su cuerpo. Y también impartir una educación afectiva sexual según una visión global del cuerpo. De lo contrario, se corre el peligro de despertar inquietudes; por ejemplo, de hablar de los órganos de la reproducción, separando del todo el conjunto del cuerpo.

En este contexto, la educación afectiva y sexual es tan necesaria como la educación general para todas las personas, y en particular para los adolescentes con discapacidad mental. Así ellos se sienten apoyados en su esfuerzo de autonomía, vivir en la comunidad y pueden llevar más libremente su relación.

**¿Consideraciones más importantes a tener en cuenta en el momento de desarrollar un programa de educación sexual, para los adolescentes con discapacidad mental?.**

**1) Centrarse en el significado de la persona**

La educación afectiva tiene el objetivo de enseñar al individuo a asumir su vida relacional y su sexualidad. Por eso es importante basarse en la experiencia, sus necesidades, sus conocimientos y sus interrogantes acerca del sentido del amor humano. El adolescente con discapacidad mental, tiene ya una experiencia de su vida afectiva, ha podido tener varios aprendizajes relacionales a descubierto su cuerpo, establecido relaciones con personas de su mismo sexo o del otro, y construido una representación de sí mismo.

Se debe tener en cuenta toda esa experiencia y el papel que han desempeñado los padres para responder a las preguntas e inquietudes (y falsas creencias ) de sus hijos respecto a la sexualidad. Ellos son, desde luego, los más interesados y deben participar en todo proyecto de educativo. El adolescente debe tener la sensación de que se le escucha y se le ayuda por el mismo, en su acción de asumir su propia vida afectiva.

## 2) Mayor bienestar consigo mismo

El objetivo de la educación afectiva del adolescente con discapacidad mental, consiste en ayudarles a “estar bien consigo mismo”, con su cuerpo y en sus relaciones con los otros.

Se debe tratar que se establezca un clima amisto y cordial con esas personas, aunque no es fácil debido a las dificultades que tienen y a su poca resistencia ante los fracasos y frustraciones.

Para lograr ese bienestar, es necesario que reciban las *informaciones* corresponden a sus exigencias, para que comprendan la anatomía, el funcionamiento del cuerpo, las relaciones entre las personas, las normas sociales que regulan las relaciones afectivo – sexuales y los valores morales.

Es determinante, igualmente, el lado *pragmático*: la higiene corporal, la manera de vestirse, la alimentación y los comportamientos sociales que favorecen las relaciones con los otros.

**El programa educativo** debe incentivar un modelo de ser que ponga de relieve la calidad de la vida afectiva y sexual. Los adolescentes tocan a menudo ese tema desde la perspectiva de la intimidad, del respeto al otro, de las vivencias del cuerpo, de las relaciones de amistad y amorosas, de las distintas expresiones de la sexualidad, de la procreación, etc.

Parece que no se puede separar nunca la sexualidad y la capacidad de reproducción en la relación de la pareja. La actividad reproductiva es una modalidad relacional de la vida de la pareja; la sexualidad es un diálogo con el otro y una expresión de sí mismo que compromete y que enriquece la relación amorosa.

### **3) El sentido del amor**

No puede existir una educación afectiva y sexual, si no está centrada en un sistema de valores que exprese el sentido del hombre y del amor humano. Hay que enseñar a los adolescentes que la relación de la pareja formada por un hombre y una mujer se funda en el amor que viene de Dios, y que el nacimiento de un hijo es la expresión de ese amor que crea una responsabilidad. Pero también existen otras maneras de expresar ese amor, a través de la sociabilidad y de la amistad. Esta orientación les proporcionará los elementos que les servirán de punto de partida para unificar en aquello a menudo, en los discapacitados mentales, es una vida afectiva dispersa.

### **4) El sentido de la responsabilidad**

El adolescente con discapacidad mental, tiene derecho de saber cómo está hecho su cuerpo, cómo se presenta las relaciones entre un hombre y una mujer, cómo se concibe y nace un hijo. Pero la respuesta a esas preguntas tiene siempre que ser pedagógica y proporcionada a las capacidades intelectuales del sujeto, según el dominio que tenga de los distintos tipos de informaciones. Por eso la intervención de los padres y educadores consistirá en ayudar a esas personas a manejar su relación afectiva, a tomar opciones y a dominar su comportamientos. Podrá incluso expresar el deseo de tener un hijo, lo que será a veces sintomático o real.

## **2.1 TÉCNICAS DE ENSEÑANZA**

La Asociación Norteamericana para la Salud, la Educación Física y la Recreación (conocido bajo las siglas AAHPER en inglés) en cooperación con la Administración sobre Educación Sexual para los USA (SIECUS) sugiere tener en cuenta las siguientes pautas al enseñar programas de educación sexual:

1. Recordar que la edad cronológica del alumno es el mejor pronóstico de interés sexual para los estudiantes con necesidades educativas especiales.
2. Evaluar y modificar cuidadosamente todo material pedagógico antes de su implementación con niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.
3. Considerar de una manera muy cuidadosa los valores morales de los estudiantes con necesidades educativas especiales ya que podrían diferir con los de la profesora.
4. Escuchar cuidadosamente y no simplemente ofrecer información sexual.
5. Preparar y modificar el contenido de cualquier información para que ésta cumpla con el interés específico y necesidades individuales de la persona con necesidades educativas especiales.
6. Evitar hacer comentarios o usar expresiones prejuiciadas sobre la base de creencias personales. Las investigaciones han demostrado que los estudiantes con necesidades educativas especiales de alta incidencia son curiosos, tienen un deseo inalcanzable de enterarse de muchas cosas y necesitan, por lo tanto, del respaldo de una persona con un alto nivel de sensibilidad que les proporcione una información correcta (Block, 1972) ya que al igual que sus compañeros no discapacitados, éstos estudiantes pasan por una etapa de crecimiento y desarrollo sexual natural y aún cuando su estilo de aprendizaje sea diferente ambos experimentan necesidades afectivas de la misma manera.

Cuando se elabora un programa de educación sexual, se debe tener en cuenta los siguientes puntos básicos (Payne, Polloway, Smith, & Payne, 1981):

- A. Enseñanza. Proporcionar una información adecuada para el desarrollo de los estudiantes. Existe un folleto elaborado por Fisher, Krajicek, y Borthnick (1974) y publicadas por AAHPER y SIECUS (1971), así como artículos como Sobre tu Sexualidad (Calderwood, 1979) de mucha utilidad.
  
- B. ¿Cuándo comenzar a enseñar? Iniciar la instrucción antes que comiencen las dificultades – en el período pre-pubertad – e integrar con espontaneidad información de tipo sexual en la instrucción regular incluyendo asuntos de interés en una manera apropiada.
  
- C. ¿En qué lugar enseñarla? El aula de clases es el lugar más adecuado para este tipo de instrucción, salvo en aquellos casos en que se trate de detalles anatómicos y sus funciones específicas en donde una asesoría individual sería mucho más recomendable. Recordemos que la mayoría de malentendidos sobre la sexualidad ocurren cuanto el tema es ignorado tanto en casa como en la escuela.
  
- D. ¿Cómo enseñarla? Se debe ser francos, directos, específicos, instructivos y evitar el proselitismo al responder las preguntas y comentarios de los estudiantes.

Al preparar un programa de educación sexual se debe reconocer los intereses, preguntas y necesidades individuales de los estudiantes porque la finalidad de un programa de educación sexual está basado en sus propias preocupaciones y si no se cumple con este criterio, el interés del estudiante se desvanecerá y el programa fracasará. Para tener éxito se debe ampliar las oportunidades comunicativas del estudiante y proporcionarles respuestas favorables (Reich & Harshman, 1975) lo cual se puede establecer mediante:

1. Un inventario de intereses.
2. Evaluaciones de necesidades individuales.
3. Casilleros confidenciales para el estudiante.
4. Asesoría de grupo o en forma individual.
5. Presentaciones formales en el aula (Payne et al., 1981).

Al seleccionar materiales específicos se debe ser conscientes de las aptitudes específicas del estudiante, ya que por ejemplo, el estudiante con impedimento mental requerirá un ritmo de lenguaje y presentaciones más concretas que el estudiante con problemas de aprendizaje o trastornos de comportamiento (Sbindell, 1975). Las características personales que posee un buen profesor de educación sexual son las siguientes:

1. **Credibilidad:** Ganarse la confianza y respeto de los estudiantes y mantener su atención en el tema.
2. **Conocimiento:** Conocer el tema al dedillo y presentar el material en una manera abierta y franca.
3. **Confianza:** Fomentar, en los estudiantes, el sentimiento de que pueden comunicarse con libertad y abiertamente con una figura de autoridad.
4. **Aceptación:** Aceptar las diferencias individuales de otras personas.
5. **Accesibilidad:** Comunicar a los estudiantes libertad para expresar sentimientos altamente privados a una persona de autoridad.
6. **Flexibilidad:** Ayudar a resolver problemas con un adolescente de una manera no rígida.
7. **Autenticidad:** Mantener una postura sincera hacia el adolescente.



## **2.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD CON ADOLESCENTES CON LEVE DISCAPACIDAD MENTAL**

El objetivo fundamental del programa de trabajo fue brindar a los adolescentes con discapacidad mental, educables los conocimientos básicos en educación sexual y formación de actitudes positivas hacia el sexo. Este programa de trabajo está complementado por el programa especial de orientación para los padres de familia y los profesores.

La información y educación, sobre la sexualidad, fueron impartidas a ambos sexos simultáneamente en el mismo instituto, como una materia más de implementación. Sin embargo, a veces era necesario la separación de acuerdo a los sexos, cuando se trataban de temas que interesaban particularmente a uno y otro sexo, porque de esa manera se estimulaba las preguntas de los adolescentes para evitar las posibles inhibiciones.

Previo a la etapa de descripción y explicación de los elementos gráficos diseñados para el programa de educación para la sexualidad, se realizó un conjunto de cuestionamientos a los adolescentes respecto a temas básicos de la vida humana, como una forma de definición del conocimiento de los adolescentes, en cuyo proceso también se les iba instruyendo en los mismos aspectos en los cuales ellos demostraban un pobre o nulo conocimiento. Para el efecto se diseñó un cuestionario, el cual se les planteó al grupo de adolescentes de una manera pausada, donde cada pregunta daba lugar a otras planteadas por los propios adolescentes, o surgían motivos para que se les explique mejor el tema que se estaba tratando. Por tanto, el cuestionario además de precisar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y la vida humana, tenía el propósito de dar pie a que se instruya a los adolescentes sobre aquello que poco o nada conocían.

Este cuestionario se describe a continuación:

## **I. Diferencia entre los sexos**

¿Qué eres tú un chico o una chica?

¿Cómo se diferencian las chicas de los chicos?, por el vestido, por los zapatos, por la forma de arreglarse y adornarse. Por el cabello. Pero si no tuviesen vestido ¿cómo se diferenciarían?. Los órganos genitales. ¿Qué sexo tienen los varones? ¿Qué sexo tienen las mujeres?

¿Qué es lo femenino? ¿Qué es lo masculino? ¿cuál es tú sexo? ¿Cuál es el de personas que tú conoces, el de tu papá, el de tu mamá, el de tus compañeros, el de tus profesores?.

## **II. El rol social de los sexos**

¿En qué trabaja tu papá? ¿qué trabajo hace tu mamá?.

¿En qué trabajan otros hombres y mujeres que tú conoces?

¿Qué actividades realizas tú en el instituto, y tus compañeros varones y mujeres?

¿Qué actividades realizas en tu casa? ¿Cuáles son las actividades propias de las chicas y de los chicos?

¿Cuáles son las actividades comunes tanto para las mujeres como para los varones? ¿Cuál es el papel del hombre en la familia? ¿Cuál es el papel de la mujer? ¿Cuál es el papel de ambos en la sociedad?

¿Cuál será tu papel en la familia y la sociedad?.

### **III. La herencia biológica y social**

La especie. Los vegetales (plantas): Los animales (los perros, perritos, gatos, gatitos), los humanos.

La descendencia: los abuelos, los padres, los hijos.

Los rasgos de la herencia: nos parecemos físicamente a nuestros padres, los animales también tienen los rasgos de sus padres. La herencia psicosocial: nos parecemos psicológicamente a nuestros padres porque ellos nos han creado.

### **IV. Relaciones afectivas y fecundación**

Las plantas no tienen pareja. Por ejemplo se necesitan dos animales para constituir, formar una pareja: un u gato y una gata. La pareja humana. El afecto, el amor.

¿Cuál es la conducta afectiva del papá y de la mamá?

¿Qué son los novios? ¿el matrimonio?.

La fecundación en las plantas, la flor. El polen. El fruto. El acto de fecundación: el polen entra en la flor, la abeja como agente mediador: En las plantas, un óvulo, más granitos de polen, producen plantitas. En los animales, un huevo espermatozoide ( como el polen) producen animalitos.

La diferencia entre la unión de los animales y la unión de las plantas. La pareja en el animal. La pareja en el ser humano. La fecundación en el ser humano. El hombre y la mujer. El espermatozoide y el óvulo. El espermatozoide fecunda el óvulo. La fecundación como culminación de la pareja o del matrimonio.

## V. La gestación

¿Cómo crece la semilla hasta convertirse en planta grande. (trabajo práctico hacer germinación). Agentes que ayudan a la germinación: el sol, el agua, el viento, la tierra etc.

Por ejemplo, cómo se desarrolla el huevo hasta convertirse en pollito.

Relaciones que existen entre el huevo y la semilla. La gallina empolla. La gallina es la mamá. El pollito sale del huevo como la planta sale de la semilla. La gestación en los animales mamíferos y en humanos: Semejanzas y diferencias. Los órganos internos de la reproducción. Como evoluciona el óvulo fecundado. El embrión. El feto. El bebé está en el útero de la mamá, ella alimenta al bebé. El cordón umbilical. El embarazo. Cambios físicos que experimenta la madre durante el embarazo.

## VI. El nacimiento

¿Cómo las plantas?. Las plantas salen de la semilla ¿Cómo nacen las aves? ¿Cómo nacen los perritos y los gatitos? ¿Cómo nacemos nosotros? Salimos del cuerpo de la mamá, de la misma manera que el pollito del cascarón y la planta de la semilla. Así nacen también los perritos. ¿Cómo cuidan a sus hijos recién nacidos las aves, los perros, las gatas, las vacas?.

Las plantas no cuidan a sus hijos. No tienen necesidad de cuidarlos. No tiene relaciones afectivas: No se quieren.

¿Cómo nos alimentamos?: Somos mamíferos, como las vacas, perros, gatos. Pero en qué nos diferenciamos?. Nos queremos, nos hablamos, nos reímos, y nos gusta estar en familia, tenemos hábitos y cuidados especiales, nos

respetamos mutuamente. Después crecemos. Seremos adultos. Trabajamos, nos enamoramos. Nos casamos y también tenemos hijos etc.

## **VII. Crecimiento y desarrollo**

Los seres vivos nos hacemos grandes.

Por ejemplo diferencias entre hermanos, amigos y nosotros: son más grandes o más pequeños. Tienen la voz más gruesa etc.

Diferencias anatómicas observables en el crecimiento.

Diferencias funcionales. Diferencias en cuanto a los intereses.

Desarrollo de las características sexuales secundarias, en el hombre y en la mujer. Cambio de voz; presencia del vello axilar y púbico.

Desarrollo de las características sexuales primarias: el aparato genital masculino y femenino etc.

## **VIII. Práctica higiénicas**

Prácticas higiénicas de varones y mujeres:

Higiene del cuerpo en general. El baño, con agua y jabón.

El desodorante, el talco, el agua de colonia etc.

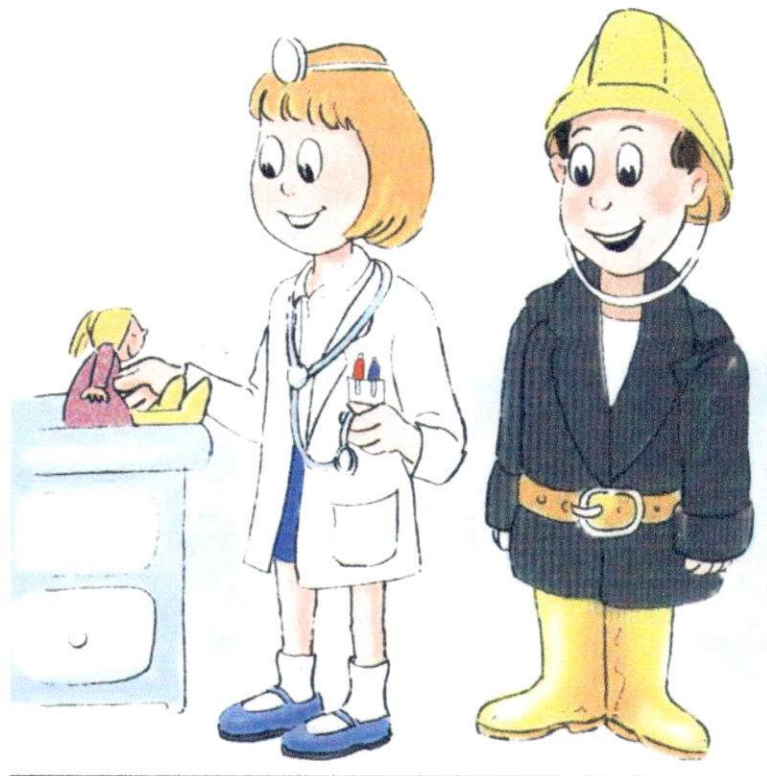
El uso de toallas sanitarias. La ropa interior. La privacidad, el pudor. El respeto a la privacidad de sí mismo y de los demás.

Básicamente, el programa de educación para la sexualidad se ha basado en el método visual gráfico, donde los adolescentes a medida que se les presentaba dibujos y gráficas, podía reconocer o expresar sus dudas y por su puesto la facilitadora le iba explicando de que se trataban los dibujos.

Sin embargo, los temas abordados no solo se limitaban a la explicación de los dibujos, más bien éstos eran punto de partida para abordar temas conexos, como son la afectividad, los valores, el amor y por su puesto las cuestiones sexuales.

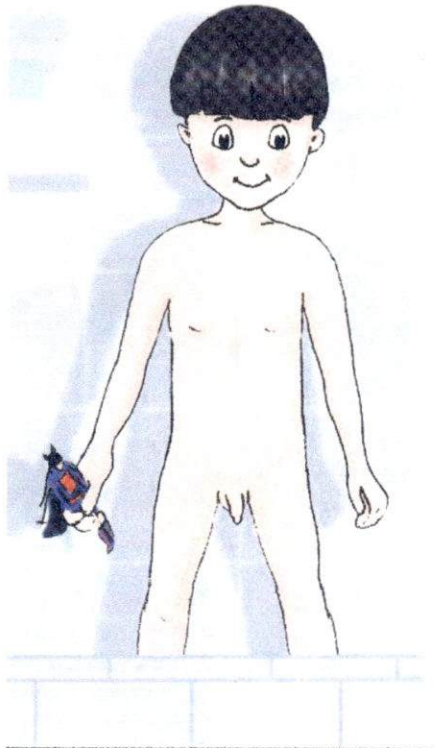
Las gráficas presentadas fueron las siguientes:

### **DIFERENCIAS DE GÉNERO**

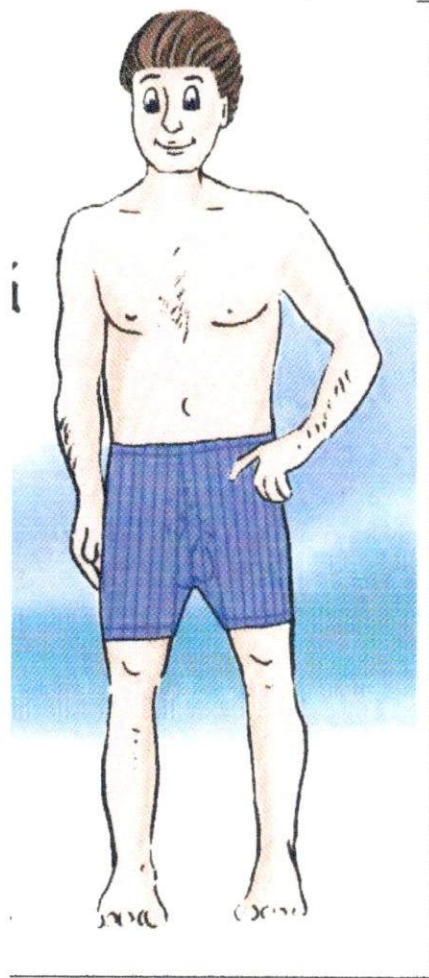


## CARACTERÍSTICAS SEXUALES DEL VARÓN

MENOR

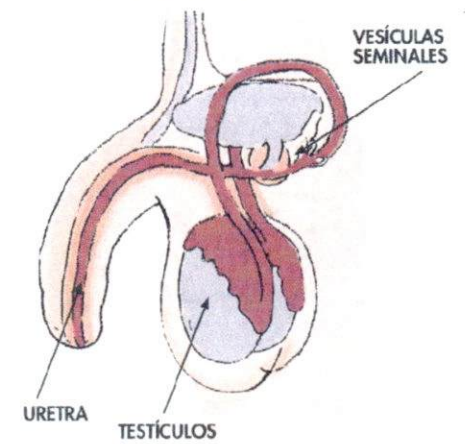


ADULTO



## APARATO SEXUAL MASCULINO

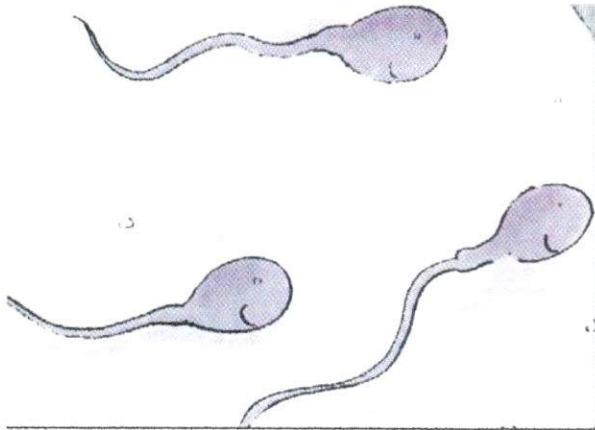
INTERNO



EXTERNO

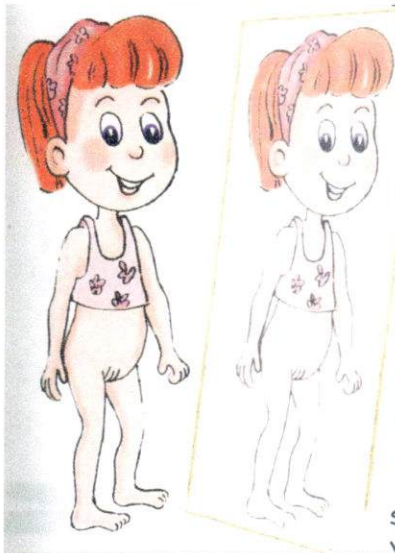


## EL ESPERMATOZOIDE



## CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LA MUJER

MENOR



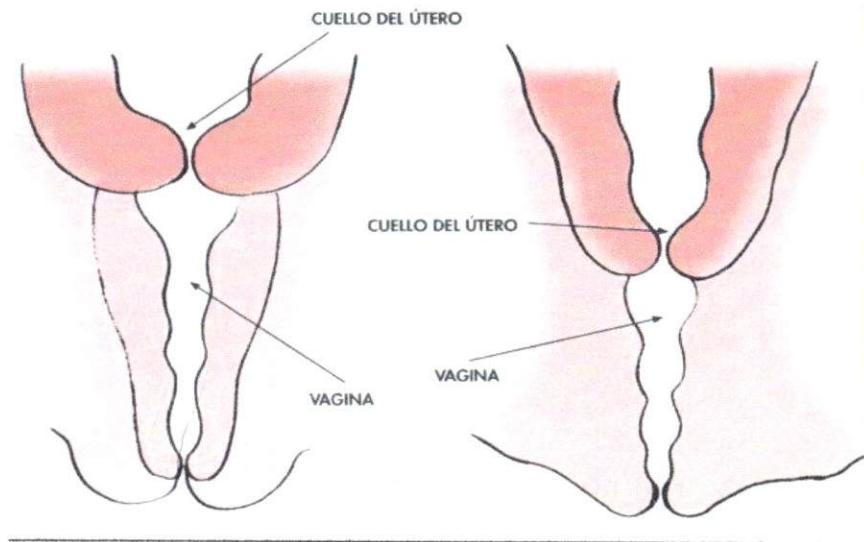
ADULTA



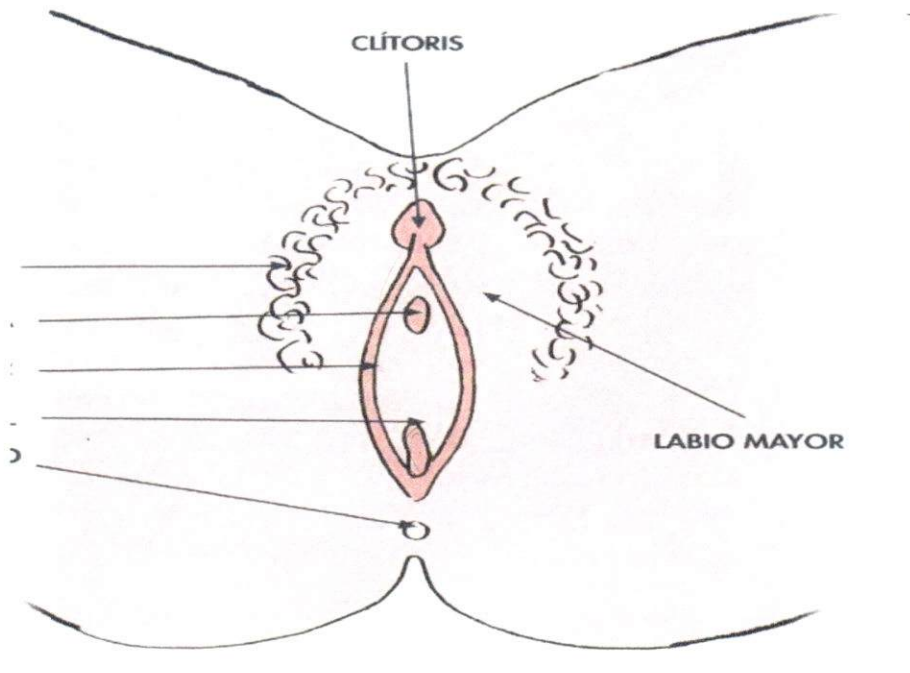


## APARATO SEXUAL FEMENINO

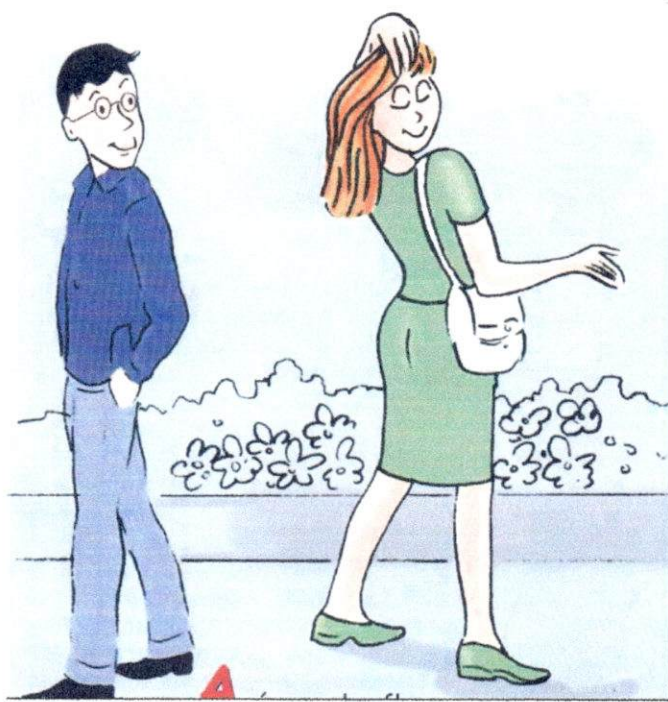
### INTERNO



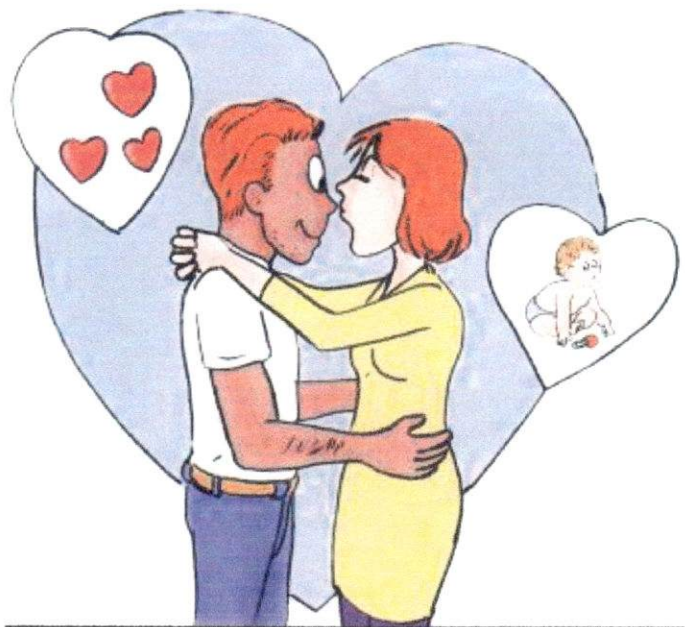
### EXTERNO



## LA AFECTIVIDAD Y LA RELACIÓN ENTRE EL VARÓN Y LA MUJER



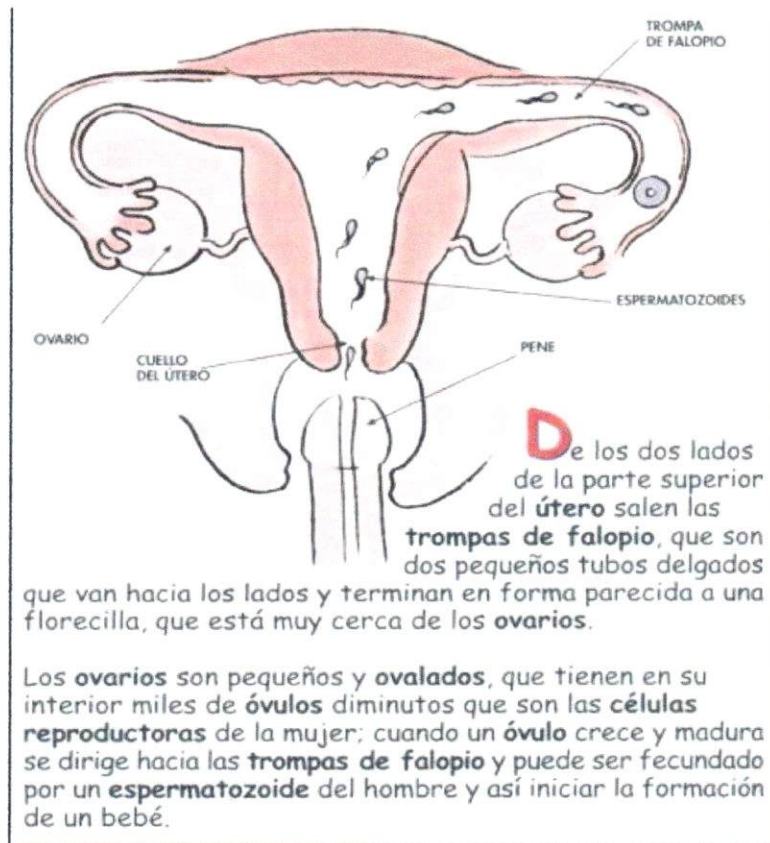
## EL AMOR



## RELACIÓN SEXUAL



## LA FECUNDACIÓN



**D**e los dos lados de la parte superior del **útero** salen las **trompas de falopio**, que son dos pequeños tubos delgados que van hacia los lados y terminan en forma parecida a una florecilla, que está muy cerca de los **ovarios**.

Los **ovarios** son pequeños y **ovalados**, que tienen en su interior miles de **óvulos** diminutos que son las **células reproductoras** de la mujer; cuando un **óvulo** crece y madura se dirige hacia las **trompas de falopio** y puede ser fecundado por un **espermatozoide** del hombre y así iniciar la formación de un bebé.



## EL EMBARAZO EN LA MUJER



66

## EL NACIMIENTO DE UN BEBÉ



### **3. ESTRATEGIA EN RELACIÓN A LOS PADRES**

La estrategia en relación a los padres está orientada a que éstos tengan el mayor conocimiento posible respecto a la sexualidad humana para orientar mejor a sus hijos. Sin embargo, dado que éstos tienen una leve discapacidad mental y requieren de mayor profesionalismo en cuanto al tratamiento psicopedagógico en torno a la educación sexual, los padres de estos adolescentes deben dar más énfasis a la cuestión de la higiene corporal, ésta debe ser la función principal que debe cumplir el padre o madre respecto de sus hijos, puesto que se considera más conveniente, que profesionales asuman el papel de orientadores en torno al desarrollo de la sexualidad, sin menospreciar la labor que pueden cumplir los padres en temas básicos sobre el tema.

**La educación a la higiene corporal** debe comenzar durante la infancia y la adolescencia, a veces incluso exigiendo, haciendo un hábito, pues no se debe descuidar este aspecto. Es importante, hacerles entender que hay que cuidar del propio cuerpo, y establecer una relación con él, para presentarse ante los demás, y preservar su salud. Los adolescentes con discapacidad mental, no siempre son sensibles a este aspecto de las cosas, ni al papel que pueden tener en la comunicación humana. Lo importante es saber cómo educar, para ayudar a ser consciente de ello de acuerdo con los medios de que se dispone.

El funcionamiento del cuerpo es también una fuente de mayor bienestar, o "malestar", en particular a través de la alimentación.

Al abordar la educación de la sexualidad en términos corporales, para ayudarles a situar su cuerpo sexuado y a limitar todos los temores imaginarios que pueden surgir, no se puede dejar de hablarles de la relación con el "otro", de los movimientos de la vida afectiva, del sentido de la responsabilidad y de la ética.

Se puede observar progresos cuando reciben la información y los adolescentes puedan integrarlas. Se utilizan diferentes dinámicas, juegos, ejercicios, por ejemplo para enseñarles las distintas partes del cuerpo( tronco, ombligo, sexo, pechos etc.) , para describir el trayecto de los alimentos, del agua, del aire, y también hablarles de desórdenes de la alimentación relacionados con las angustias. Eso les ayuda a aprender los elementos básicos de la anatomía general. Sin embargo, se presentan muchas dificultades para una educación sobre la sexualidad, cuando no se puede relacionar con otros aspectos físicos y psicológicos.

Si nos limitamos la mera descripción de las funciones sexuales, independientemente del resto del cuerpo, corremos el riesgo de darles una visión deformada, aumenta respecto a otros órganos. Por eso un programa de educación afectivo y sexual debe tener en cuenta, al mismo tiempo, la experiencia y el conocimiento del cuerpo que tiene el adolescente con discapacidad mental, y una perspectiva global de la vida corporal.

Es importante que los padres se expresen corporalmente con los adolescentes con discapacidad mental, para estimularlos y realizar con ellos una gestualidad interactiva. Desde luego, es lo que ellos hacen casi todo el tiempo.



# BIBLIOGRAFIA

- ACHILES, Ilse. "¿Qué anda haciendo su hijo?". Diana, 1996. México
- AGUILAR & HERNÁNDEZ. "Educación de la sexualidad en el adulto, en Antología de la sexualidad humana". Tomo III. Edit. Porrúa. 1994. México.
- ARAMAYO ZAMORA, Manuel. "Hechos y mitos de la persona con retardo mental". Edit. Tropykos. 1996. Venezuela.
- AZNAR, Andrea S. y GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego: "Autodeterminación y constitución subjetiva. Estudio sobre el imaginario institucional". 2001.
- BALDARO VERDE Jole; GOVIGLI Giuliano; VALGIMIGLI Camilo. "La sexualidad del deficiente mental". Ceac, Barcelona. 1992
- BELSU MEDINACELI. Tesis: "Educación sexual mito o realidad en alumnos y alumnas de cuarto grado en el Alto". UMSA 1998.
- ELLIS, A., y GRIEGER, R. "Manual de Terapia Racional-Emotiva". Volumen 2. España, Editorial Descleé de Brouwer. 1990.
- La Razón. "Enciclopedia práctica de la sexualidad", Publicado en la Prensa, matutino 2002.
- GONZÁLEZ CASTAÑÓN, Diego. "Retraso Mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones". Vertex, Diciembre de 2000.
- GORDON, Soul. "Los derechos sexuales de los incapacitados". Universidad de Siracusa. Traducción de Vera Berrío-Breton. New York, 1981.
- GUZMÁN MOLLINEDO, Amanda. 1997. "Tesis: Educación para la afectividad y la sexualidad de las adolescentes". La Paz, Bolivia – UMSA.

- HERNÁNDEZ, Roberto et. al. 1991. "Metodología de Investigación". Edit. McGraw-Hill. México.
- HERNÁNDEZ, Roberto; "Metodología de la investigación"; Edit. McGraw-Hill; México, 1991.
- Manual de la sexualidad. Edición publicada en matutino "La Razón". La Paz – Bolivia.
- MASTER y JOHNSON "Respuesta Sexual Humana" Edit. Grijalbo. USA 1966.
- MEDINA CARRASCO, Gabriel. "Desarrollo Humano Adolescente". Edit. FLACSO. México. 1995.
- Ministerio de Educación y Cultura. Dirección Nacional de Educación Especial. La Paz – Bolivia.
- NAVAS, J. "Cómo Tomar Decisiones y Solucionar Problemas Racionalmente". Puerto Rico, Editorial Librotos. 1997.
- PALMA, Irma. "Sexualidad Juvenil y Etica". CORSAPS-Chile. 1997.
- PAPALIA, Diane et. al. "Desarrollo Humano". Sexta edición. Edit. McGraw-Hill. Bogotá. 1997.
- RODRIGUEZ Salamanca "Sexualidad Humana Normal" pág. 402 en: VIDAL, Alarcón "Psiquiatría" Colegio Médico Panamericano Buenos Aires, 1994.
- SAPENA, Oscar. "Conociendo la sexualidad humana". Art. 06. España. 2001.

## *Bibliografía*

---

- **SEGÚ Hector. 1992. "Hacia una nueva educación sexual en la escuela". Edición Ministerio de Educación Nacional. Colombia.**
- **VELASCO ROBERTO. "Proyecto Instituto Nacional de Adaptación Infantil". La Paz – Bolivia.**